

會議過程正式紀錄

2019 年 6 月 6 日星期四

上午 9 時會議繼續

出席議員：

主席梁君彥議員, G.B.S., J.P.

涂謹申議員

梁耀忠議員

張宇人議員, G.B.S., J.P.

李國麟議員, S.B.S., J.P.

林健鋒議員, G.B.S., J.P.

黃定光議員, G.B.S., J.P.

李慧琼議員, S.B.S., J.P.

陳克勤議員, B.B.S., J.P.

陳健波議員, G.B.S., J.P.

梁美芬議員, S.B.S., J.P.

黃國健議員, S.B.S., J.P.

葉劉淑儀議員, G.B.S., J.P.

謝偉俊議員, J.P.

毛孟靜議員

何俊賢議員, B.B.S.

易志明議員, S.B.S., J.P.

胡志偉議員, M.H.

姚思榮議員, B.B.S.

馬逢國議員, S.B.S., J.P.

莫乃光議員, J.P.

陳志全議員

陳恒鑾議員, B.B.S., J.P.

梁志祥議員, S.B.S., M.H., J.P.

梁繼昌議員

麥美娟議員, B.B.S., J.P.

郭家麒議員

郭偉強議員, J.P.

郭榮鏗議員

張華峰議員, S.B.S., J.P.

張超雄議員

黃碧雲議員

葉建源議員

葛珮帆議員, B.B.S., J.P.

廖長江議員, S.B.S., J.P.

潘兆平議員, B.B.S., M.H.

蔣麗芸議員, S.B.S., J.P.

盧偉國議員, S.B.S., M.H., J.P.

鍾國斌議員

楊岳橋議員

朱凱迪議員

吳永嘉議員, J.P.

何君堯議員, J.P.

何啟明議員

林卓廷議員

周浩鼎議員

邵家輝議員

柯創盛議員, M.H.

容海恩議員

陳沛然議員

陳振英議員, J.P.

張國鈞議員, J.P.

許智峯議員

陸頌雄議員, J.P.

劉國勳議員, M.H.

鄭松泰議員

鄭俊宇議員

譚文豪議員

范國威議員

區諾軒議員

鄭泳舜議員, M.H.

謝偉銓議員, B.B.S.

陳凱欣議員

缺席議員：

石禮謙議員, G.B.S., J.P.

田北辰議員, B.B.S., J.P.

尹兆堅議員

邵家臻議員

陳淑莊議員

劉業強議員, B.B.S., M.H., J.P.

出席政府官員：

食物及衛生局局長陳肇始教授, J.P.

列席秘書：

助理秘書長薛鳳鳴女士

助理秘書長戴燕萍小姐

助理秘書長衛碧瑤女士

議員議案

主席：無立法效力的議案辯論。

"推動醫療改革"議案。

有意發言的議員請按"要求發言"按鈕。

我請陳恒鑠議員發言及動議議案。

"推動醫療改革"議案

陳恒鑠議員：主席，我今天動議的是"推動醫療改革"議案。我提出這項議案是因為我們的公營醫療系統，在設計上存在很大的問題，以致產生我們現在經常聽到的各種醫療弊端，例如醫護人員工作過重、壓力過大，以及病人輪候時間過長，醫院床位數量不足等問題。如要解決以上問題，我們必須從公營醫療系統的設計上，作出適當的改革。

首先，最重要的問題是，現時公營醫療系統忽略了預防性醫療服務的發展工作，只側重於照顧重症病人。事實上，一個完善穩妥的醫療系統，可以分為 3 個層次：第一，預防性醫療服務及普通科門診等服務；第二，專科門診服務；第三，住院服務。不過，從我們的公營醫療體系中，大家可見門診長期"爆診"，專科服務更是大排長龍，病人須輪候過百個星期才得到診治。然而，醫院現在提供甚麼服務？大多是重症病人的服務，忽略了預防性的醫療服務，等同將所有病人推往住院服務，結果令醫療系統不勝負荷。

我舉一個例子，如果一名市民患病，很多時候他到公營醫院排隊求醫，亦只能先服用止痛藥，因為病情仍未算重。在醫院管理局("醫管局")及衛生署眼中，這名市民的病情不算嚴重，所以不需要優先處理。結果這名市民只好等待、一直等待，等到由小病變成大病，大病變成重病，這名市民終變成重症病人，這時候政府便說終於輪到他接受醫治。這種匪夷所思的思維，竟然深深扎根於香港今天的公營醫療體系中，是多麼的荒謬。

當然，優先治理重病的市民是無可厚非，因為拯救生命分秒必爭。不過，問題是為何我們不採取行動，防止小病變成大病呢？其實，政府了解第一道防線的重要性。早在 10 年前，政府已成立基層醫療

統籌處，但只進行宣傳工作，並無發揮應有的作用，白白錯過非常重要的 10 年。因此，我今天提出的議案明確指出，我們必須完善第一道及第二道醫療防線，彌補現時醫療系統的缺失。如果要做到這一點，我們不能單靠公營醫療的力量，我們需要宏觀的思維以處理這個問題。

詳細而言，我們應善用"公私營醫療協作"的力量，以建立第一道及第二道醫療防線。本港目前共有 14 000 名醫生，當中約有 46% 醫生在醫管局及衛生署工作，其餘超過一半(即 54%)的醫生在私營或其他機構工作。從公營和私營醫生人手的分配上，可見我們的醫療系統不重視，甚至忽視私營醫療的力量，如果我們完全不將私營醫療的力量納入公營醫療系統以作考慮，這樣等同自廢一半武功。

局長昨天回答我的書面質詢，大家知道現時公營醫療體系的人手正急速流失，而且屢創新高。只是去年，整體上已有 6.4% 人手流失，即約 370 多名醫生，當中有 100 名醫生的年資為 21 年或以上，他們是比較資深的醫生，而補充率，如九龍東醫院聯網只有 2%，即是流失率遠比補充率為高，意味着未來公營醫療體系內的醫生人手會越來越少。

此外，"公私營醫療協作"模式所取得的成效，早有先例。例如政府之前推出醫治白內障的"耀眼行動"，成績卓越。政府常有一個迷思，如果經常推動"公私營醫療協作"，私營市場便有較好前景，這樣公營醫療的醫生會轉到私營市場工作。然而，其實我們可以用另一套思維倒過來想想，如果政府做好"公私營醫療協作"的工作，公營醫療體系內的醫生的工作環境得到改善，其實亦有助當局挽留人手。因此，我希望政府應參考"公私營醫療協作"的模式，將私營醫療體系納入第一道及第二道防線的醫療規劃內，以完善現時醫療系統的不足，減輕公營醫療承受的壓力，讓市民盡早獲得治療，這是一舉兩得的。

第二，以往成功推動醫療系統是因為我們有團隊精神。我們回顧一下歷史，上世紀本港傳統醫科教學非常側重"師徒制"，一名兼負教學工作的公立醫生，尤如"師傅"一樣，由朝到晚帶着醫科學生一起工作，當中除了教授醫學知識外，更會傳授醫德、價值觀等，以培訓出一些知識與德行並重的醫生。

在傳統"師徒制"下，資深醫生猶如"師傅"般，他負責帶領及教育整個醫療團隊。師傅帶着徒弟一起工作的關係非常密切，這種密切關係帶來的好處便是能建立堅實的團隊精神，以及好好傳承醫學的經

驗。縱使整個醫療團隊面對龐大的工作壓力及工作量，仍能互相扶持，齊上齊落。

然而，醫管局成立後為了方便管理，逐漸淡化"師徒制"，改以臨床和行政指引方式工作，以機械化的管理方式來處理前線醫生的工作。這樣的轉變，雖然方便了管理工作，但卻失去了"師徒制"帶來的優點，令昔日的良師益友、師傅徒弟，變成了今天的上司與下屬關係，例如上司只是負責傳達命令，而下屬只是處理上司下達的命令。但是，上司未必與他一同處理工作上遇到的問題。

事實上，提升管理效率並無不妥，但目前醫管局的做法，其實只是一方面改善問題，另一方面卻又製造出更多問題。現實上，單靠臨床及行政指引來管理前線醫生的做法並不理想。

有見及此，我在議案中提出，政府應該探討在醫管局內推行新"師徒制"的可行性，揉合臨床及行政指引，與原來醫科"師徒制"的優點，以重建前線醫生的團隊精神及維持醫學經驗的傳承。同時，除了需要有新"師徒制"，醫管局在管理工作上，亦應加入人性化的管理元素，以及提升前線醫生的士氣，當中當然包括改善前線醫生的待遇。醫管局必須謹記，員工不是齒輪，不是工具，他們是活生生的人，應該將他們當"人"來看待，要時刻留意他們的士氣。

說完員工的問題，接下來我想說一說醫管局工作管理不善，對病人所造成的折騰。

目前醫管局的服務模式及計算資助方法，並非以病人數目作計算，而是按照人次指標來計算。也就是說，同一名病人，假如他患有不同的病症，那麼，他到醫管局看醫生的時候，要按不同日子回醫院覆診。即一個人他有兩種病症，他需要在不同日子到醫院，一次抽血，抽血後第二天回醫院驗血糖，如果他有腳患的話，又要再回來一次。這樣的話，同一個人要往來醫院多次，令醫院忙碌之餘，病人亦非常忙碌。

目前的問題，正好反映了醫管局完全沒有"以病人為本"，更加沒有想過為病人節省時間，一心只求自己方便管理。面對這個問題，政府及醫管局絕對責無旁貸，必須盡快改革這種服務及計算資助模式，按"以病人為本"及"節省病人時間"為原則來提供服務。我建議政府成立一個高層次專責小組，對醫管局的病人管理流程、減少工作量、資助模式及效率提升等，進行深層次研究及改革。

最後，我想說，在醫療改革當中，中醫服務必須佔一席位。

目前全港有近 1 萬名中醫，當中只有大約 12% 的中醫在半公營醫療系統中工作，數量十分之少。為甚麼這麼多年來，政府及醫管局從來沒有重視過中醫的力量呢？

事實上，中醫有很多預防性的醫療工作，第一層醫療服務，門診等，已經提供服務，亦有很多服務證實有成效。此外，市民對一些中醫服務的呼聲非常高，尤其是住院服務。但是，我們亦看到，中醫的力量沒有被政府重視，為何特區政府不好好善用中醫力量？這亦反映了政府的醫療政策不夠全面，亦不夠前瞻性，更反映了制訂政策的官員，對中醫服務的掌握及支持不足。

為了令公營醫療系統可持續發展，我提議政府應該盡快對公營醫療系統作出全面的中西醫合作計劃，善用中醫力量在公營醫療裏發揮其作用。

最後，主席，為了市民的福祉及健康，我誠邀各位議員支持議案所提出的訴求，並且促請特區政府盡快推動醫療改革。

主席：陳恒鑠議員，請動議你的議案。

陳恒鑠議員：主席，我動議我的議案。

陳恒鑠議員動議的議案如下：

"公營醫療系統側重照顧重症病人，加上社會嚴重缺乏全面的預防性醫療服務，令市民難以'病向淺中醫'；近年，醫院管理局('醫管局')淡化醫科'師徒制'，改以臨床及行政指引，並透過機械化管理方式管理前線醫生，令前線醫生長期受壓及難以發展團隊精神，大量醫護人員亦因此流失；上述弊端亦導致公營醫療服務質素難以提升，當中醫療服務輪候時間過長及醫護人手長期短缺等問題更是每況愈下；就此，本會促請特區政府盡快推動醫療改革，消除醫療系統內根深蒂固的弊病；有關建議包括：

- (一) 增撥資源發展全面的預防性醫療服務，以建立完整的第一道醫療防線，彌補現時醫療系統的缺失；

- (二) 參考'公私營醫療協作'模式，把私營醫療服務納入第一道醫療防線的發展規劃中，善用私營醫療力量以減少公營醫療系統所承受的壓力；
- (三) 探討在醫管局內推行醫科新'師徒制'的可行性，以重建前線醫生的團隊精神及維持醫學經驗的傳承；
- (四) 改革醫管局的機械化管理方式，加入人性化管理元素，以提升前線醫護人員的士氣；
- (五) 按'以病人為本'及'節省病人時間'的原則，改革醫管局的服務模式及計算資助模式，讓病人能夠在短時間內就同一疾病或多種疾病享用一站式醫療服務，而無須一如過往般需多次往返醫院，以減少折騰病人；及
- (六) 在公營醫療系統內發展全面的中西醫協作服務，善用中醫力量以推動公營醫療服務多元化。"

主席：我現在向各位提出的待議議題是：陳恒鏞議員動議的議案，予以通過。

主席：有 7 位議員要動議修正案。本會現在合併辯論議案及修正案。

我會依次請要動議修正案的麥美娟議員、李國麟議員、陳沛然議員、郭家麒議員、黃碧雲議員、朱凱迪議員及邵家臻議員發言，但他們在現階段不可動議修正案。

麥美娟議員：主席，在 2017 年，香港人的平均預期壽命冠絕全球，男性達到 81.9 歲，女性則為 87.6 歲，比日本和瑞士這些國民在傳統上較為長壽的地方還要高。未來香港人的平均預期壽命將繼續增長，按政府統計處的推算，到了 2066 年，香港男性的平均預期壽命會達到 87.06 歲，而女性則會更進一步地增長至 93.06 歲。

香港人越來越長壽，百歲人瑞將於未來變得越來越普遍。長壽本來是一件很值得高興的事情，但如果長壽的人身體欠佳，患病風險不

斷上升，那麼對很多病人或市民而言，長壽便變成一種折磨。所以，在長壽之餘，還要有健康的體魄。

事實上，隨着人均壽命越來越長，香港醫療系統承受的壓力亦越來越大。現時香港醫療系統出現包括人手不足及需求增加的問題，我們該如何作出改革呢？

我很感謝陳恒鑞議員今天提出這項"推動醫療改革"的議案，讓大家有機會討論。我亦在修正案中特別提出應如何加強基層醫療服務，以及照顧公立醫院醫護人員和前線員工人手不足及士氣低落的問題。

大家可能也知道，工聯會一直主張發展基層醫療、加強預防疾病、提高市民注重健康的意識，讓市民能夠"病向淺中醫"。發展基層醫療的目的在於提供持續、預防性、全面及全人的醫療服務，令市民能夠健康地生活。一個理想的醫療系統應把重點放在基層醫療上，利用住院服務及急症服務處理病人只屬其次。利用基層醫療協助市民做好預防疾病的措施，令病人無需住院，是有關服務的最大目標。

可是，香港的實際情況卻完全相反。我們的公營醫療體系是以治療為本的形式運作，住院、急症及門診服務是醫療服務的主要組成部分，基層醫療在系統中僅佔極低的百分比。任何病症均依賴治療，病情嚴重的便需要入院，這也是公立醫院的工作量和壓力越來越大的原因。病人康復後理應出院，但由於在社區層面上缺乏持續及預防性的醫療服務，病人很多時均要不斷進出醫院，這種情況經常出現。

然而，政府過去發展基層醫療的工作一直非常緩慢，直至2014年，衛生署才成立基層醫療統籌處，全港首間地區康健中心在今年才能夠開始運作。而且，在推廣健康生活的醫普知識方面，當局的工作亦一直非常不足，推廣成效也不大。我們仍須依賴醫生充當傳遞健康知識的媒介，但十有八九的市民在聽罷醫生的建議後迅即忘記，不能把相關信息帶入社區。

最近有一位認識多年，在我當年摔斷腳時曾為我動手術的骨科醫生朋友，給我傳來了一段由新加坡政府製作的宣傳短片。短片的題目是"Stand4Strength"，內容是請大家交叉雙臂坐在椅子上，然後嘗試以單腿站起來，這看似很容易，但其實不然。它希望帶出的信息是，隨着年歲增長，人體肌肉會漸漸流失，如果我們日常不勤做運動鍛鍊，肌肉狀況便會逐漸變差，到了60歲或70歲，年紀漸長時，可能連走路也有困難。

我看罷該段短片後立即嘗試做該套動作，結果發現我原來做不來，這正好提醒我要切實開始做運動。於是，在近兩個星期，我努力地做運動，並慢慢可以做到交叉雙臂並單腿站起來，對此有興趣的同事也可以試試看。我想指出的是這段短片從新加坡傳來香港，令我這樣的人看過之後立即產生要試做這套動作的念頭，並提醒自己原來運動不足，年老之後可能連走路也有困難。

反觀香港又如何呢？香港政府現時的着眼點是增設更多關節置換中心，研究如何解決骨科治療的輪候時間過長的問題。這些皆並非旨在根治有關問題，因為當局並沒有呼籲市民多做運動多鍛鍊，提醒及教育市民如何勤做運動、鍛鍊身體及預防患病，而只是不斷思考如何處理長長的輪候骨科治療隊伍，以及處理積壓的關節置換個案。所以，香港的基層醫療工作發展，其實真的非常落後。

另外一個例子是最近有一位朋友告訴我，他的父親經常跌倒，要我介紹一位骨科醫生給他。我於是詢問他父親因何經常跌倒，他答說因其膝蓋無力。其實他父親之前已曾向其他醫生求診，我聽罷告訴他似乎不應向骨科醫生求診，而應向老人科醫生求助，因我懷疑他父親並非單是膝蓋無力這麼簡單，可能是患上了帕金森症。他於是按我所說照辦，結果證實父親果然是患上早期的帕金森症。由於及早介入，現時在控制病情方面還算可以。

第三個例子是內地的相關情況。我是中華全國婦女聯合會("婦聯")的執行委員，年多前出席婦聯會議時獲一名本身是醫生的地方代表告知，她所屬地區發展了一場運動，鼓勵家庭照顧者注意三高問題，在煮食時注意低糖和低鹽。據她所說，由於內地和香港一樣，人口眾多，所以如慢性疾病即高血壓、糖尿病的患者持續增加，將會對醫療系統造成很大負擔。所以，她們由家庭開始，鼓勵家庭照顧者如母親、祖母等在煮食時少糖和少鹽，由日常飲食開始作出改善。在推行這運動數年後，已初見成效，從過去數年的數據發現，慢性疾病的發病率已有下降，本來有年輕化趨勢的糖尿病患者數目亦有減少，這是由家庭飲食開始作出改善的所得效果。

我想指出從上述數個例子可見，香港過去數年在發展基層醫療方面，確實較其他地區包括內地城市落後。希望局長能透過即將成立的地區康健中心，加快發展基層醫療工作，急起直追。

此外，關於部分同事及原議案也有提及的"公私營醫療協作"模式，事實上我們也支持這概念，不過正如陳恒鑽議員剛才所說，由於

香港現時醫生供應短缺，所以在發展這種協作模式時，要注意不能對公立醫院的原有服務造成影響。假如在公立醫院或私家醫院工作，均是為病人做白內障手術，醫生自然會按"公私營醫療協作"模式選擇到私家醫院工作。

因此，我們要就此作出清楚的考慮及周詳的研究，確保公立醫院醫生的供應或培訓及公立醫院的服務，不會因推行"公私營醫療協作"模式而受到影響。事實上，曾有在公立醫院任職醫生的朋友向我說，大量發展"公私營醫療協作"模式，耗費極高，不如增加他們的薪酬，讓他們提供更多服務，又或增聘更多人手，效果可能更佳。這方面的問題，政府必須考慮。

另一方面，對於議案中提到的中西醫協作，我非常同意和支持。我在一本雜誌的專欄中曾提到向中醫求診後，有一些疾病獲得治癒。其後，很多市民特地致函詢問是哪一位中醫治好我。由此可見，市民對中醫亦相當接受。如能推廣中西醫協作，對於市民的健康和預防疾病亦有裨益。

此外，我必須一提醫院管理局("醫管局")極之差劣的人事管理制度，而我在修正案中也有提及這一點。每當未能聘請足夠人手時，醫管局便透過中介招聘人手，但卻沒有思考應如何培訓本身的醫護人員，以及如何增加、提高現有醫護人員的待遇。醫管局的支援職系人員必須靜坐抗議，才能爭取合理的薪酬待遇。同時，政府每次撥款供醫管局進行改革時，總會引來更多怨氣，不知何解令其同事更感氣憤。所以，我極盼政府能審視醫管局的人事管理制度的運作情況，提高醫護人員的士氣，提高(計時器響起).....

主席：麥議員，請停止發言。

麥美娟議員：多謝主席。

李國麟議員：主席，陳恒鎮議員今天提出一個立法會老生常談但非常好的議案，我在立法會 10 多年，每隔一段時間便會討論這個問題。陳恒鎮議員和麥美娟議員今天提出的議案和修正案集中談及關於醫療上的問題，希望從系統、政策、管理和執行模式作出改動，令香港人更健康。

主席，我想花少許時間說說其實我們想怎麼樣呢？局長這次提出、麥美娟議員剛才也提到地區康健中心的概念，而陳恒鑽議員提出的議案大部分集中在治療上，但其實治療和健康並不互相排斥。作為護士和醫護人員，我想說的是，局長也應該清楚，如果治療和健康並重，可令到每個人都健康，便需要較少治療。

陳恒鑽議員所說的基層醫療服務集中在治療方面，我無意提出與陳恒鑽議員的議案或麥美娟議員的修正案相沖的意見，我只是豐富了議案的內容。如果我們要接受治療，有 3 層選擇，正如陳恒鑽議員亦已解釋，第一層，是小病看街症或私家醫生。

第二層，是看專科醫生，如果你認為有大問題，例如心臟或糖尿病問題，便要看專科醫生。無奈的是，現時大部分專科醫生都是私營，只有小部分在公營醫院，第一和二層都是這樣。

第三層，是入院治療，這一層全都在公立醫院，這是治療的部分。如果改革仍然集中把資源投放在醫院治療，而忽視第一和二層，即是到街症和私家醫生看醫生治療小病，以及看專科大部分也要看私家醫生，或小部分在公立醫院但卻要長時間輪候的話，便會出現治療缺失。

在促進健康方面，麥美娟議員亦提到，我們希望促進市民的健康行為。這部分亦有 3 層，第一層，是促進健康，例如現時局長所說的地區康健中心，目的都是希望促進市民的健康，不要生病。第二層，是地區康健中心亦可能做得到的，就是現時由衛生署負責的篩檢和疫苗部分，這是預防，防止市民生病，有病則及早治療。第三層，是麥美娟議員和陳恒鑽議員也提到的社區復康，如果市民患上慢性病，出院後回到社區，希望他們透過社區復康不要再入院，維持病情。

這兩條支柱都有 3 層，希望透過 3 層合起來產生效用，改變市民的健康行為，在治療和健康上相輔相成，令城市更健康，醫療支出亦能達致平衡。無奈地，現時大部分的醫療支出集中在治療方面，尤其是第三層，即醫院服務上。因此，我今天的修正案提出透過改變社會政策，加強健康推廣，協助市民養成健康行為，以減輕治療某些疾病的需求。

例如我提出廢除物理治療的轉介制度。主席，物理治療師在香港已經服務很多年。剛剛前局長發表一份報告書，指出物理治療師的需求殷切，需要增加人手。但是，無奈香港現時約 80% 的物理治療師都

在私營市場服務，公立醫院只佔小部分，醫院管理局("醫管局")是主要提供服務的單位。

現時的困局是，如果我們扭傷手腳想看物理治療師，其實法例上物理治療師是可以診治的，因為他們本身有法例賦予權力進行治療。然而，他們內部有《註冊物理治療師專業守則》("《守則》")，訂明"黃色"和"紅色"兩個指標，被評估為"黃色指標"的是 minor injury(即小傷患)，例如扭傷韌帶便屬"黃色"，屬於物理治療師的治療範圍。他們在大學接受了培訓，法例賦予他們的權力，是絕對可以做到的。但是，如果屬於"紅色指標"的傷患，例如因撕裂或癌症引起的痛症，便要轉介西醫。所以，他們內部有很詳細的指引，而且治療效果也是非常好。

無奈地，《守則》第 13 條卻限制了他們。第 13 條題為"與醫務及其他健康護理專業的關係"，清楚訂明："一般而言，由物理治療師診斷或治療的病人，應是由醫生或根據香港法例第 343 章《診療所條例》第 8(1)條獲得豁免的診療所的註冊人士轉介，或是其直接醫治中的病人。"換句話說，病人要經醫生看過，才能用轉介信看物理治療。

這個關口令整個物理治療服務系統崩潰，多年來無人提出修訂。我在 2004 年第一次擔任立法會議員時已經提出這個問題，無奈政府不聆聽，業界亦已嘗試很多方法。剛才提及的調查指出，有 2 000 多人也認為，應該不用轉介信也可以接受物理治療服務。

另一方面，既然大部分物理治療師都在私營工作，而醫管局又未能接收太多新症，可以採納陳恒鑞議員提議的公私營合作，經公立醫院診斷簡單的痛症或關節受傷後，如認為有需要接受復康治療，就轉用公私營合作模式，交由私家醫生處理，這樣便可以更快得到診治。

如果物理治療發揮到好的作用，即使沒有轉介制度，也可以把守門檻，幫助基層醫療及促進市民健康，無須每次先向西醫求診作轉介，善用社會資源。我希望政府研究如何幫助公私營醫療拆牆鬆綁，改善服務。我不談當中的利益衝突，但重要的是透過廢除轉介制度，利用公私營合作，令物理治療師可以全面服務市民大眾。

關於基層健康服務，我想說的第二點是視光師。很多人都誤以為視光師只是檢驗視力、配眼鏡、欺騙醫療券。我不討論這部分，但事實是，現時在香港理工大學修畢 5 年課程的視光師，絕對有能力指出市民的眼睛有甚麼問題，作出綜合眼科檢查。經視光師綜合檢查過後，看到李國麟已屆中年、白髮蒼蒼，懷疑眼睛應不止老花，可能還

有白內障、青光眼的問題。當然，他們不可以做診斷，但檢驗後可以指出眼睛有問題，可以建議我到專科眼科醫生求診。

然而，現時畸形的制度在於，主席，我自 2004 年已開始指出這個問題。如果手持視光師的轉介信到私家眼科醫生求診，醫生會跟進病人的情況。然而，如果手持轉介信到醫管局，他們會說不接受視光師的轉介信，請到眼科醫生或私家醫生求診，甚或輪候街症，這變相是廢除視光師的"武功"。

當然，視光師本身受《輔助醫療業條例》第 359 章規管，我們相信他們是負責任的專業人士，不會胡作非為。受訓後的視光師的工作是基層搜集，但在這個不公平的制度下，他們不可以轉介需要眼科服務的病人到公營系統，令大部分病人無所適從，被迫光顧私家醫生，浪費一筆金錢後，才可以轉介到公營醫療系統。我每年均會就此制度反映意見，希望局長與醫管局討論一下。政府當然會說眼科的輪候時間已經很長，這是無可否認的，但希望政府能增加資源，因為眼科服務是重要的。

我想說的第三點是薪酬問題。剛有一項調查指出，很多醫生離開公營醫療系統，是因為工作量大、晉升機會低、前景不好、薪酬亦少。主席，現時在公營醫療系統工作是很可憐的，無論醫生、護士或其他職系人員的薪酬均較 2000 年差。醫管局應該作出檢討，以挽留他們在公營醫療系統服務，不要只顧引進醫生、護士，只要調整薪酬回復以往的水平，增加晉升機會當然亦會更好。

我想說的最後一點，就是醫療保險("醫保")。醫保是一件好事，但希望政府加大力度吸引更多年青人購買醫保。再者，現時香港人口老化，醫保能令長者得到更全面的保障，減少使用公營醫療服務，增加使用私營服務。(計時器響起)

主席：李議員，請停止發言。

陳沛然議員：主席，早晨，人口增加及老化，加上患病風險高，要承擔的醫療開支越來越多，這是必然的事。

首先，我要說清楚，香港的醫療制度是公私營並軌。有些地方只有公營的醫療制度，有錢也無法看私家醫生；所以某些地方的人會返

回香港，要求一些較好的服務；亦有一些地方只有私營醫療服務，沒有公營服務，有錢便可以去看醫生，無錢便不能獲得治療。香港的醫療就是公私營並軌的，私營的服務是一種商業行為，公營服務其實是依靠政府的撥款。我們經常說，第一個"緊箍咒"，就是每年的公營服務開支，包括衛生署及醫院管理局("醫管局")的醫療開支，要視乎政府的整體收入，即要"睇餅食飯"。

我就任議員後向政府提出的第一項質詢，就是它如何釐定醫療開支；而政府的答案，既不是視乎人口，也不是視乎需要。看回財經事務及庫務局的數據，回歸後政府因為亞洲金融風暴，經濟轉差，出現財赤；其實這是不久之前的事。從 2003-2004 年度起，連續 5 年向醫管局提供的經常撥款，都比 2002-2003 年度少，5 年累積減少了 70 億元。到了 2008-2009 年度，才重新僅僅返回 2002-2003 年度的水平。

當時發生甚麼事呢？人口繼續增長，不斷有新移民，亦加上人口老化，政府因為整體收入減少，開支減少，而削減醫療開支。但是，市民不會因為政府減少撥款而減少病痛，公營醫療亦受到壓力。政府削減整體撥款，但我們不能削減服務，只能削減人手開支，包括推出"肥雞餐"，不再聘請人手、減薪、關閉護士學校。這種情況，我預見會很快再出現。

有見及此，我在 2017 年 9 月去信財政司司長，建議成立公共醫療撥款穩定基金，目的不是要動用 100 億元，而是為了積穀防飢，預計經濟轉差時，醫管局可以應付 5 年時間的開支，亦不需要再推出"肥雞餐"或關閉護士學校。所以，去年 8 月我聯同袁國勇教授，再向特首及財政司司長提出以 100 億元成立公共醫療撥款穩定基金的建議，最終獲得接納。

在中美貿易戰的陰霾之下，香港經濟前景不明朗，預期未來政府的財政狀況會較數年前差，希望新成立的基金可以令醫管局在減少撥款時能夠維持服務，而不是好像以前，明知需求增加，但為了省錢而要削減資源及人手。

當然，公營醫療受壓並非純粹撥款不穩定的問題，也與醫管局本身的問題有關，就是醫管局缺乏規劃，無辦法規劃。多年來我們都說公立醫院病房爆滿，流感高峰期病房爆滿，其實由我當醫生第一天開始，病房都是爆滿……不是，從我小時候去公立醫院看病時，病房已經爆滿。

二十年前，我在醫院工作，病房爆滿，需加開帆布床。過去 10 多年，我一直都在流感病房內工作，我以為病房爆滿是正常的狀態，以為這是命運，在內科病房工作的情況便是這樣。直至我來到立法會，處理完《醫生註冊條例》後，到今年年初，我有時間做一些數據分析，我翻查過去 20 年香港統計年刊，發覺 SARS 後數年，公立醫院的病床總共減了 2 600 張。到了 2018 年，甚至是今天，我們仍未回到 2003 年水平。

病床不足的原因是甚麼？對上一次大型醫院的建立，是 1993 年的東區尤德醫院，繼而是 1998 年的北區醫院及 1999 年的將軍澳醫院，往後 10 多年沒有再興建醫院。由 1993 年至今，人口增加了 100 多萬，病房怎會不爆滿？我們所有人都不知道這情況，我身邊的人也不知道，我在醫院工作也不知道，是當我來到立法會翻查文件後才知悉，我是第一個就此提出問題。為何不告訴我們這情況？然後我再翻查文件，覺得沒理由會是這樣的。

我們看醫管局九龍東聯網中觀塘區的基督教聯合醫院的情況，2017 年與 2004 年相比——因為我的數據只去到 2004 年——病床減少了 40 多張。在觀塘區由 2004 年開始，增加了 14 個公共屋邨，還未計算私樓。2006 年至 2010 年間，香港的統計數據，人口增加了 6 萬多人，當中 1 萬多名是 65 歲以上的長者。

今年，我在衛生事務委員會上問局長，醫管局誰人負責醫院和病床的數目規劃，接着醫管局有人答覆，說要考慮一籃子因素。我追問九龍東觀塘區人口增加，多興建了 10 多條公共屋邨，為何基督教聯合醫院的內科病床數目不增反減 40 多張，兒科病床是零增長，為何會出現這種情況？局長和醫管局是沒有回應的。這些數字是我自己翻查出來的，雖然這不是我的責任。

我再翻查資料，在 2001 年之前，醫管局有一名副總監負責醫院規劃發展(Hospital Planning and Development)，但是在 2001 年之後，這個職位不見了，將這個規劃及發展的權力下放到七大聯網總監。然後在 1999 年到 2017 年的 18 年間，除了北大嶼山醫院之外，根本沒有新醫院，然後便是天水圍醫院。市區內的伊利沙伯醫院、基督教聯合醫院和瑪嘉烈醫院的內科病床數目減少，不是土地問題，因為每間醫院也有預留土地，只是政府沒有興建，並且沒有告訴我們有關資料，而我們還以為問題出在醫生身上。病床減少，人口增加，醫院怎會不"爆"呢？然後將責任放在醫生身上。我們負責診病，照顧病床上的病人，但我們不會負責計算病床和其他數目的。醫院欠缺規劃，或

根本沒有長遠規劃，醫管局難以逃避責任，現在唯有寄望兩個十年醫院發展計劃盡快落實，但說的是 10 年之後的事情。

如果醫管局能夠以醫護承受能力和病人福祉為依歸，切實改革管理，做到公平和合理，公院超負荷、前線受壓、輪候時間過長等問題便可獲得改善。正如為應付流感高峰期，最簡單的做法，便是在流感高峰期最繁忙的時候，暫停和延遲一些非緊急的行政工作，例如減少召開一個會議，便有 20 人無須開會，可以回去工作；也可調動人手到急症室或門診幫忙。其實，增加醫護人手，便可增加士氣。

不患寡而患不均為醫管局的通病，一些聯網醫院和部門佔用較多資源和人手，卻沒有增加工作效率。我在財務委員會審核開支預算時，書面要求當局提供一些醫院聯網專科門診數字，發現問題相當嚴重。舉例來說，某個專科門診的穩定新症——即不緊急的新症——最短輪候時間的聯網要等 13 星期，最長輪候時間的聯網要等 92 星期，再看病人人數，其實兩者差不多，某聯網的長輪候時間不是因為病人增加所致，但為何會有這麼大差異呢？我又看一看是否醫生不足呢？我可以告訴大家，在輪候時間較短的聯網，醫生最少，而需輪候 90 多星期的聯網的醫生最多，最多醫生人手的聯網的輪候時間最長。我已將此情況告知醫管局行政總裁梁柏賢醫生，有關信件是公開的。

我再看緊急和半緊急新症的輪候時間，其實也十分穩定，緊急新症是輪候一星期，半緊急新症最多也只是輪候 6 星期，所有緊急新症也可獲診症。我在 6 月 3 日公布的全港醫生工作滿意度調查結果，醫生最不滿意的是工作量、工作生活平衡和人手編制。

最後，對於李國麟議員建議改變現時的專科專介安排(計時器響起).....我相當有保留.....

主席：陳議員，請停止發言。

陳沛然議員：我謹此發言。

郭家麒議員：主席，首先，我感謝陳恒鑾議員提出這項議案，但我其實是不想與局長討論改革問題的，因為大家也知道，局長的前身在香港大學醫學院擔任學者，我沒理由在此拋數據令她難堪，但很可惜，

數據確實說明了一切。我們今年的醫療開支佔國民生產總值仍然不過 3%，是在所有發達國家當中數字最低的。我沒有把新加坡計算在內，因為如果大家也在學術界有一段時間，便會知道新加坡的數據計算方法有時候與世界上其他 OECD(經濟合作與發展組織)地區不同，所以是不能盡信。但是，在大部分已發展經濟體中，例如日本和台灣是 6% 和 8%；我也不談歐美了，因為他們有 9% 至 11%，美國更有 16%，這些數據均令香港汗顏。

政府經常說，我們的醫療開支逐年上升，但這又是謊話。在 2019-2020 年度醫療總開支是 699 億元，佔政府經常開支 15.85%，較 2014 年的 16.32% 為低；而佔政府開支的百分比，2019 年的 11.5% 亦較 2014 年的 12.57% 為低。數據告訴我們，政府口口聲聲說照顧醫療，又是說謊。主席，幸好現時坐在我對面的不是"林鄭"，不然又不准我說"林鄭"講大話"了。可是，這便是我們實際面對的情況。

有時候，錢無法解決所有問題。所以，在今天的議案中，我們也提到政府究竟有否對錯焦、做錯事呢？某程度上是有的。政府推行醫療改革，並非今天的事情。大家也記得，而且局長比我更熟悉，由 Scott Report("史葛報告書")起，一直到"彩虹報告書"、"哈佛報告書"，然後到楊永強在位時推出的"強制醫保報告書"等，直至今天已足足折騰了超過 20 年.....抱歉，由"哈佛報告書"起計是 20 年，所以應該是 34 年了。在 1985 年推出的 Scott Report，奠定了醫院管理局("醫管局")的出現。

可是，醫管局在今天已經成為了尾大不掉、政府無法管治，自己又做不好事情的一間機構。如果我們比對今時今日醫管局在醫療服務中發揮的作用，不幸地，可能較以往未有醫管局時的醫務衛生署更加不濟。為何我會這樣說呢？因為，在醫務衛生署的年代，雖然我們的資源不多，政府仍然很窮，但當時政府的目標很清晰，就是要盡所有方法、盡所有能力，把所有醫護人員的時間盡量放在醫療工作上。

今天醫管局最為人津津樂道的，就是每年也會在會展舉辦研討大會，然後牽強地公開大量數據，吹噓在各方面也做了很多工作，但實際上，如果我們去到任何一間醫院，也會看到一個更差的現象，就是 20 多年前，病人睡在帆布床上，現時轉為睡在鐵床，但位置仍然是在廁所門口；在 20 多年前，病人要等待接近一天時間才獲安排床位，而現時情況也是一樣。眼前所有數據也告訴我們，除了門面工夫外，醫管局所做的工作不值一哂，但政府又推行了甚麼改革工作呢？前任局長高永文略略做了一項醫管局改革工作，但大家也知道便

是"廢"的，連最起碼醫管局的山頭主義也解決不了，只是裝模作樣，把九龍西和九龍中稍作修改，便當交了功課，但因為當時已臨近其任期尾聲，所以也沒有人有耐心與他算帳了。

可是，新政府上場後，我們也看不到它有任何新方向。我同意，我們沒可能、亦不應該把所有醫療目標放在醫院上。現時很多病人不留在醫院，就是由於其後續工作做得不好。康復病床、安老病床及長期照顧護理的病床也不足夠，所以很多病人都要在急症病床等候出院，甚至要到康復病房等候出院，例如在九龍醫院。這當然與食物及衛生局無關，而是應該由勞工及福利局的羅致光局長負責，但政府是同樣不濟的。

這數十年來，每年有 6 000 人在輪候長期照顧宿位期間死亡，他們直接影響醫院，這是第一方面。

第二方面，很多時病人到醫管局輪候專科服務，並非單單為看醫生，因為等候三四個月才獲醫生診症 7 分鐘；大家都知道，其實他們是要取藥。政府推行公私營合作這麼多年，需要明白，若要解決長者醫療問題，便應制訂一個制度，讓他們可以在外面取藥。大家都知道，長者一年回來取三四次藥，其餘時間都是看家庭醫生的，因為他們知道，如果輪候專科服務，甚至到急症室候診的話，是愚弄自己。但是，政府不改變，繼續將病人鎖在公營系統內，他們唯有回來取藥，十多二十年如是，這是第一點。

第二點，政府沒有前瞻性。我們在談論醫管局改革。我很不幸，2004 年被政府委任入醫管局，但兩年後便停止委任。然而，我觀察到，醫管局的管治水平相當差。大家都知道不需要負責任，有些人沽名釣譽，有些人獲政府委任卻對醫院管理一曉不通。這樣政府便很安樂，因為有人為其招架，有甚麼問題便找主席及委員來招架。若問香港市民，知不知道醫管局的董事是誰，誰人決定香港的醫療政策？根本沒有人知道。主席是誰，或許偶然有人知道；總裁是誰，則沒人知曉。

但是，政府這種所託非人的做法，到現在也沒有改變。醫管局虛耗很多醫生的精力和理想。今天有一則報道，指很多醫生離開醫管局加入私營市場。其實很多醫生希望繼續將所學醫療知識應用於公營系統，但看了 10 年、20 年、30 年，便絕望了；從小看到大，由當年任見習醫生到現在當副顧問醫生，看到醫管局不但沒有進步，還不斷沉淪，政府卻視而不見。

局長、副局長，其實和大家一樣，都是在這個年代長大，沒有理由不知道這些惡劣慘況，但是他們從來無心改變。

基層醫療，是政府本應做好的，但沒有做好。衛生署故步自封，完全不思進取。醫生不想在衛生署工作，無論是遺傳篩選服務或皮膚科，因為這麼多年署方沒有改善自己的制度，連一些最簡單跟市民溝通的 API (應用程式介面)，說得難聽一點，也不堪入目。政府這麼差勁，醫管局這麼差勁，衛生署也這麼差勁，而全香港大部分市民面對這個慘況，況且現在老年人口比 20 多年前增加幾乎 1 倍，政府究竟要等多久才予以解決？

上次我問羅致光，要有多少人過勞死，才推動標準工時？不如我問局長，你要有多少人冤枉失救而死，才會洗心革面改善公營醫療制度？還要多少人離開醫管局，才令醫管局這個每年開支數百億元的機構重新做得好一點？我不知道這項辯論有沒有作用，但是我希望政府回應(計時器響起).....我謹此陳辭。

主席：郭議員，請停止發言。

朱凱迪議員：主席，我並非醫療或護理專業人員。我剛才仔細聆聽身為醫生的陳沛然議員和郭家麒議員，以及身為教授的李國麟議員的發言。我留意到，他們指出了一點很重要的觀察，便是整個討論真的要以陳沛然議員和郭家麒議員所提及的數字為起點，大家才知道整個政府究竟有多關注醫務衛生及整體市民的健康。這從數字上真的可見一斑。若非兩位議員找出有關數字，大家也不知道雖然政府表面上表示自己承擔，每年增加撥款，各個部門皆表示自己承擔，連香港電台也說自己增加撥款，但實際情況卻是病床數目未能追及 2003 年的水平。

在整體醫療開支方面，政府經常表示香港是國際大都會，但這方面與國際大都會及先進國家相比卻相去甚遠。不過，當面對這種批評時，政府又會反駁道已經以"蔗渣的價錢做到燒鵝的味道"，自以為自己更能幹。政府是否沒有廉耻呢？就這問題，多位議員皆提出了很多點子，希望局長及政府加以考慮。不過，歸根究底，究竟政府的錢投放在何處呢？錢的投放便等於資源投放，這是很重要的基礎。

我同意郭家麒議員的建議，便是政府須設立指標，承諾每年將公共醫療開支佔政府經常性開支的比率增加 1 個百分點。政府必須向市民承諾，市民才能看到政府有承擔，而有關牙科及基層護理服務的點子才能有金錢實踐。這是十分基本的。

我的修正案想強調另一個問題——我相信多位議員皆會繼續討論——便是對於醫療及與市民健康有關的部門的架構，我們並不理解其運作，這便是所謂的"多頭馬車"或"山頭主義"的問題。衛生署、醫院管理局("醫管局")及局長現時領導的食物及衛生局的公營醫療服務，以及私營醫療服務可分為 3 個層次：基層醫療、專科服務及醫院服務。我們皆知道，世界各地皆把重點集中在基層醫療上，因為預防勝於治療，正如陳恒鑠議員的原議案第一句已清楚指出這點。

政府現時打算設立地區康健中心("康健中心")，那麼應由誰全盤領導這個金字塔呢？議員剛才談及一些數字、資源調撥，以至要"打通任督二脈"。實際情況，議員在不同場合皆已多次討論。據我所見，"維基百科"指出衛生署的主要服務範圍包括牙科服務、長者健康服務、家庭醫科服務、健康教育、性病及皮膚病，資源投放散落於不同科別。不過，凡此種種是否屬於市民所依賴的基層醫療服務呢？市民在第一道防線是否可以依靠衛生署呢？不可以。

據我們所見，有很多病人害怕出院，因為社區上沒有人承接復康服務，即使有，輪候時間亦長達數個月甚至一年。如是者，需要照顧的病人、其家人或患病的長者由於政府沒有在社區上有系統地承辦病人服務，讓病人重回社區，因此只能要求醫務社工讓病人繼續住院，不讓他們出院，而長者亦被送往公營安老院舍或環境不理想的私營安老院舍。有病人家屬更要放棄工作，長期照顧病人。

此外，一些沒有患上重症的人希望在社區尋求預防性基層醫療服務，以維持身體健康，但現時香港的家庭醫生制度並不完善，無法真的成為政府所宣傳的第一道防線。不論是家庭醫生服務，或政府的長者健康中心及現時衛生署提供的服務，輪候時間均十分長。究竟哪個機構負責在第一道防線保障所有人，以及協調社會福利署各項服務呢？現在並不清楚。

局長，我有一點擔心。談到康健中心，葵青區當然有社區的醞釀，而當區的意識亦較強，所以當局以該區作為試點，我們對此也表示同意。不過，即使設立康健中心，又能否對症現時的局面，即醫管局負責管理醫院和部分診所，衛生署負責管理另一些診所和健康教育服

務，而局方又負責管理一些我們不清楚的其他服務呢？在 18 區設立康健中心的目的，是否為了處理連食物及衛生局自己亦無法突破的醫管局大規模"無皇管"——我不應用"無皇管"——無法管理的山頭主義，以及一如郭家麒議員所指衛生署"遠"的工作態度呢？食物及衛生局是否因此而建議有需要設立這種自己能夠直接管理的基層醫療服務呢？主席，如果是這樣，我認為是不能解決問題的。

情況便一如我經常批評的環境局的情況般。當處理廢物的問題時，環境局不會思考如何整合陳肇始局長轄下的食物環境衛生署("食環署")的垃圾清理服務。陳局長是醫療人員，是這範疇的專業人員，但為何其食物及衛生局要一併管理垃圾處理呢？為何不交由環境局負責呢？當環境局需處理這問題時，便要與食物及衛生局的食環署爭奪資源。這衍生出一種情況，便是環境局一邊廂向立法會申請撥款推行例如"綠在區區"回收項目，但另一邊廂，食環署的垃圾收集站卻繼續"遠"。康健中心極有可能發生類似情況。

我的修正案提出的其他建議，旨在補充陳恒鎮議員的原議案沒有提及的地方。例如，他提出的第(三)點建議"重建前線醫生的團隊精神及維持醫學經驗的傳承"。我個人認為，關鍵並非在於所謂的"師徒制"，而是在於兩項十年醫院發展計劃現時尚未完成的情況下，如何善用現有眾多的醫療人手，包括在職醫生、護士或其他專職醫療人員。我的具體建議其實與李國麟議員的無異，希望提升專職醫療人員的地位，而我亦同時提出需提升護士的地位，讓他們獨立運作，無須與醫生緊扣地運作。

最後，我想談談陳恒鎮議員第(六)點所提的中西醫協作。我認為，陳恒鎮議員的措辭較空泛，所以我將切入點具體放在中醫可以加強基層醫療服務的重要環節上(*計時器響起*).....

食物及衛生局局長：主席，首先，多謝陳恒鎮議員提出有關"推動醫療改革"的議案。香港擁有一個行之有效、公私營並行的雙軌醫療制度。公營醫療界別是本港醫療體系的全民安全網，確保市民不會因為經濟原因而得不到所需的治療，而私營醫療界別則為願意使用私營醫療服務、有能力負擔相關費用的市民提供較個人化的選擇。隨着人口老化、慢性疾病患病率增加，香港的醫療系統面對着重大的挑戰。就此，我們採取了一系列的改革措施，進一步加強香港醫療服務，以及減輕公營醫療系統壓力，具體的策略方向和重點包括：

- (a) 全力推動基層醫療健康服務，多位議員都提出基層醫療服務的重要性，而這亦是現屆政府的重中之重；
- (b) 強化公營醫療服務；
- (c) 加強疾病防控；
- (d) 積極發展中醫藥；及
- (e) 善用私營醫療服務。

基層醫療健康方面，香港的基層醫療健康護理服務主要由公營界別的衛生署、醫院管理局("醫管局")，以及私營界別的家庭醫生提供。衛生署通過各個工作範疇提供基層醫療服務，並以預防護理為重點，而醫管局則透過普通科門診的多元服務和活動，提供以社區為本的基層醫療服務。

為積極推動基層醫療健康，除了繼續加強衛生署和醫管局轄下的基層醫療健康服務外，本屆政府亦銳意投放資源推動以地區為本的基層醫療健康服務，務求調整目前偏重治療的方針，而多位議員包括陳恒鑾議員、麥美娟議員及李國麟議員等都有提到現時醫療體系偏重治療的情況。我們亦希望透過加強推動個人和社區的參與、統籌和協調不同醫社界別，提升市民對預防疾病的意識，鼓勵市民維持健康的生活習慣，加強自我和家居照顧及自我管理健康的能力，從而減少可避免的專科及住院需要。

行政長官在 2017 年施政報告中公布，政府將透過設立以嶄新運作模式的地區康健中心("康健中心")，實踐加強地區基層醫療健康服務的目標。食物及衛生局將於 2019 年第三季在葵青區設立首個康健中心。康健中心將由政府出資，由非政府機構負責營運，並會連結一個由私營醫護人員組成的地區服務網絡，旨在透過公私營合作和醫社合作，根據地區需要和特色提供以地區為本的基層醫療服務，這是政府醫療體系重要的一部分。

康健中心的服務會專注於第一、第二及第三層預防，包括剛才李國麟議員提到的健康推廣、健康評估，並按需要為市民提供政府資助的醫務諮詢及專職醫療服務，以便及早發現慢性疾病並作出對策。康健中心亦會為急症後患者提供社區復康服務，剛才朱凱迪議員提到有些市民可能在出院後於社區內接受服務，在這方面，我們會針對某幾種慢性疾病提供護理。

食物及衛生局於 2017 年 11 月成立的基層醫療健康發展督導委員會，現正檢視基層醫療服務的規劃及制訂發展藍圖。另外，我們亦於 2019 年 3 月成立基層醫療健康辦事處，在食物及衛生局層面監察及督導基層醫療健康服務的整體發展策略。

至於強化公營醫療服務，醫管局其實負責管理全港所有公立醫院，應付本港近九成住院醫療需要和約三成的門診服務。面對人口老化和醫療服務需求的上升，香港的公營醫療服務正面對不少壓力和挑戰。就此，政府於 2018-2019 年度引進新安排，承諾會每 3 年為 1 周期，按照人口增長和人口結構的變動，逐步遞增給予醫管局的經常撥款，讓醫管局能更有效地持續應對人口增長和高齡化衍生的人手和服務需求。因此，資源方面，在 2019-2020 年度，政府提供予醫管局的經常資助為 688 億元，較 5 年前(2014-2015 年度)的 491 億元增加約四成。

醫管局在《2017 至 2022 年策略計劃》中提到"提供以病人為中心的照顧"——多位議員皆希望醫管局的服務能夠多以病人為中心，陳恒鑽議員更特別在其議案提及這點——這是醫管局的策略焦點之一，目的是確保病人可適時得到以病人作為中心、高質素和符合需求的服務。當中的核心策略，是從根本改變護理模式，精簡護理流程、改善醫療效率和效能，包括推動日間服務、加強服務協調和協作、發展更多病人護理模式及加強社區為本的醫護服務，例如實施癌症個案管理計劃，由癌症個案經理跟進個案複雜的乳癌或大腸癌患者，充當患者和醫生之間的單點聯繫人，以精簡病人的護理流程和改善護理統籌。

專科服務和培訓方面，醫管局以跨專業團隊的方式，由醫生、護士、專職醫療人員和支援醫護人員提供醫療服務。現時，醫生人手是按專科安排，以提供專科主導的臨床服務。就培訓專科醫生方面，醫管局一直與香港醫學專科學院及其 10 多個分科學院緊密合作。一般而言，各聯網的臨床部門均為認可的培訓中心。已獲取專科資格的醫生會為受訓中的駐院醫生提供監督和指導。由於本港醫科畢業生增加，醫管局亦已相應增加駐院醫生的職位數目，以招聘所有合資格的本地醫科畢業生，以及為他們提供專科培訓，鞏固醫管局的醫療人手。

為挽留合適的專業人才(包括醫生)作員工培訓和知識傳承，醫管局由 2015-2016 年度起推行特別退休後重聘計劃，重新聘用合適的退休醫生。與此同時，醫管局持續為各主要專科的醫生和護士提供模擬

訓練，包括優化醫療團隊的課程，以增加在職培訓機會及提升專業質素，推動醫療服務的持續發展。

為促進管理層與員工之間的了解和合作，醫管局建有不同的溝通平台，定期與前線主管及員工會面，讓他們表達意見及提出建議。醫管局亦會於制訂政策和新措施時廣泛諮詢員工，讓員工參與制訂政策的過程，增加透明度。另外，總部及聯網人力資源部會定期舉行會議，協助推展政策和讓前線員工更了解相關措施。在食物及衛生局方面，我亦多次去到不同聯網，了解員工的意見和需要，亦希望他們能夠了解食物及衛生局的政策目標。

更具彈性的人手安排方面，醫管局亦積極在工作安排上增加彈性，配合員工在特別情況下的需要。剛剛於 2019 年第一季末向急症和家庭醫學部門的醫務人員推行的全職彈性工時安排試行計劃，便是回應一些員工的要求，為有特殊需要、因健康及家庭等恩恤理由而暫時未能全職工作的前線人員提供特別部分工時的安排。

在人手招聘方面，醫管局於去年年底成立自選兼職辦公室。剛才麥美娟議員提到醫管局僱用中介公司，關於這方面，其實醫管局希望隨着該辦公室“發揚光大”時，會逐步減少僱用中介公司，並透過具彈性及效率的招聘方式，吸引和招聘更多醫護人員到公立醫院兼職。各公立醫院會透過自選兼職辦公室集中刊登招聘廣告，方便醫護人員自由選擇適合自己的時間、地點、部門的工作，辦公室也會按合資格醫護人員的意願，主動配對兼職工作，以提高招聘效率。

疾病防控是非常重要的策略，非傳染病是導致市民健康欠佳、身患殘疾和死亡的主要原因之一，如果我們要做好基層醫療，非傳染病的防控策略是需要加強。針對日益嚴重的非傳染病問題，政府已在 2018 年 5 月發表《邁向 2025：香港非傳染病防控策略及行動計劃》，當中訂立了 9 個指標，預期於 2025 年或之前減少非傳染病帶來的疾病負擔。政府會透過倡導健康飲食、體能活動、減少酒精和吸煙禍害，以及鞏固醫療系統等措施來達致各項指標。

癌症方面，政府會致力加強癌症等非傳染病的防控和護理。鑒於癌症帶來的負擔和各類癌症發病率的趨勢有整體上升，政府將以更具策略性、協調和主動的方式來實施防控癌症的工作，以應對癌症對市民健康和社會帶來的挑戰。為整合各項癌症工作的成效，政府即將發表一份癌症策略，旨在制訂一套整全的計劃，為癌症防控和為癌症患者提供更適時和更適切的介入，訂立策略重點和方向。

接種疫苗亦是疾病防控的一個重要措施。政府一直鼓勵市民盡早接種不同疫苗，並推行多個疫苗接種計劃，為有較大機會受感染的合資格群組提供季節性流感疫苗及肺炎球菌疫苗接種。於 2018-2019 年度，為進一步鼓勵學童接種季節性流感疫苗，衛生署推出了"學校外展疫苗接種先導計劃"，透過衛生署外展隊或公私營合作外展隊到參加的小學為其學生免費接種疫苗。衛生署並推出"優化外展接種計劃"及提高流感疫苗的資助額，鼓勵沒有參與先導計劃的小學、幼稚園和幼兒中心在學校內安排外展疫苗接種。相關新措施已見成效。截至 5 月 26 日，安排外展接種的小學由 2017-2018 年度的 65 間大幅增至 2018-2019 年度的 405 間，增幅達 5 倍以上，而安排外展接種的幼稚園和幼兒中心則由 60 間增至 186 間，增幅約為 210%。整體而言，6 個月至未滿 12 歲的兒童接種了約 382 000 劑流感疫苗，較去年同期增加約 102.2%，整體疫苗覆蓋率近五成，達 45.8%。鑒於 2018-2019 年度"學校外展疫苗接種先導計劃"的成效，衛生署將會由下年度起恆常化有關計劃，並會涵蓋更多小學，並以先導模式擴展至幼稚園和幼兒中心。除此以外，衛生署轄下的學童免疫注射小組於 2019-2020 學年開始，亦會為合資格的本地適齡女童在校內提供免費子宮頸癌疫苗外展接種服務，作為預防子宮頸癌的公共衛生策略之一。

為保障公眾健康，政府的一貫政策是鼓勵市民不要吸煙、抑制煙草的廣泛使用，並盡量減低公眾受到二手煙影響。多位議員提到我們要做好預防和減低風險，所以，控煙政策是以多管齊下的方式去加強，包括立法、執法、宣傳、教育、提供戒煙服務和徵稅。政府更推出不同措施，包括不時上調煙稅，並自 2016 年起分階段將全港 11 個巴士站定為禁煙區，以進一步保障市民免受二手煙的禍害。經過政府和各界多年努力，15 歲或以上人士的吸煙率已由 1980 年代超過 20%，大幅降低至現時 10%。我們會繼續推行各樣的控煙政策，以期在未來 6 年達到我剛才提到《邁向 2025：香港非傳染病防控策略及行動計劃》訂下的目標，將吸煙率減至 7.8%。

近年，另類吸煙產品在全球以至香港流行，為我們帶來新的風險及挑戰。食物及衛生局已於 2 月將《2019 年吸煙(公眾衛生)(修訂)條例草案》("《條例草案》")提交立法會，以禁止進口、製造、售賣、分發和宣傳另類吸煙產品，現時法案委員會正在審議，亦舉行了數場公聽會，聆聽了約 270 名團體代表及市民的意見。我們希望《條例草案》能盡快通過，以進一步保障市民的健康。

多位議員提到中醫藥發展，政府亦非常重視和關注中醫藥服務的長遠發展、規劃及定位。隨着中醫藥的認受性不斷提高，食物及衛生

局已於 2018 年 5 月成立中醫藥處，負責就中醫藥的發展，與業界保持密切聯繫，作出整體性的規劃及統籌工作。同時，食物及衛生局亦成立了中醫醫院發展計劃辦事處，專門籌劃中醫醫院的相關發展工作。

為了加大力度，以及更有效地推行切合本地中醫藥發展需要的長遠策略和措施，政府於 2018 年施政報告中宣布將中醫藥納入為本港醫療系統的一個重要部分，並訂立一套整全的政策，投入更多資源，資助特定的中醫藥服務，包括：

- (a) 在將來的中醫醫院提供一系列的政府資助門診和住院服務；
- (b) 在 18 間地區層面的中醫診所提供政府資助的門診服務，並提升各級中醫師的薪酬水平和加強培訓；及
- (c) 計劃將公立醫院提供的中西醫協作治療恆常化，並減低參與的病人每天需付的額外服務費用。

就中西醫協作服務方面，政府委託了醫管局自 2014 年起推行"中西醫協作項目先導計劃"("先導計劃")，以汲取中醫住院服務營運方面的經驗，並以此作為制訂中醫醫院營運模式的基礎。

先導計劃已於 2018 年 4 月推行第三階段，於轄下 7 間醫院為 3 個選定病種(包括中風、肌肉及骨骼痛症及癌症紓緩治療等)的住院病人，提供中西醫協作治療的住院服務。截至 2018 年年底，先導計劃的住院及中醫門診總求診人次已逾 29 000 人次。

醫管局會繼續於其醫院發展中西醫協作住院服務，政府亦會向醫管局提高撥款，讓參加這些服務的病人每天需付的額外服務費用由現時港幣 200 元減至 120 元，以鼓勵更多病人參與。

最後是善用私營醫療服務方面，現時，我們有一些公私營協作計劃，讓市民有更多選擇，並紓緩公營醫療系統的壓力。

這些公私營協作計劃，自 2008 年起，醫管局一直有陸續推出，政府亦撥款 100 億元，成立"醫管局公私營協作基金"，讓醫管局可以利用基金的投資回報，發展公私營協作計劃。

現時，醫管局提供的公私營協作計劃包括：提供白內障手術的"耀眼行動"、提供血液透析服務的"共析計劃"、提供自我疾病管理課程的"病人自強計劃"、"放射診斷造影計劃"、"療養服務協作計劃"、"腸道檢查協作計劃"，以及"普通科門診協作計劃"。醫管局將於未來數月逐步試行"青光眼治療協作計劃"。

醫管局會繼續與私營醫療界別及病人組織保持溝通，並與持份者緊密合作，探討推行這些計劃的可行性。剛才麥美娟議員提出了其中一個重要部分，就是如何將公營醫療系統的醫生留在公營醫療系統服務，因此，推行這些計劃的速度有需要調校。

長者醫療券計劃，現時為 65 歲或以上的合資格長者，每年提供 2,000 元的醫療券金額，此項服務廣受歡迎，我們較早前亦作出了檢討。

作為財政預算案的利民紓困措施之一，今年政府會為每名合資格長者提供一次性額外 1,000 元醫療券金額，而醫療券的累積上限亦會由 5,000 元增至 8,000 元，預計超過 130 萬名合資格長者受惠。這些措施將於今年 6 月 26 日實施。

最後，自願醫保計劃方面，剛才李國麟議員提到希望我們加強這方面的推廣。自願醫保計劃是政府調整公私營醫療系統平衡而推行的其中一項重要政策措施。經過多年公眾諮詢凝聚共識，自願醫保計劃已於今年 4 月 1 日全面開展，由保險公司提供的自願醫保認可產品亦已於當天起推出市場。

自願醫保計劃旨在規範個人償款住院保險產品的質素和提高價格透明度，促使消費者更有信心購買保險保障，以在有需要時可選用私營醫療服務，從而減輕公營醫療系統的長遠壓力。我們希望隨着越來越多市民願意透過自願醫保計劃使用私營醫療服務，公營系統的負荷可得到紓緩。

主席，我謹此陳辭。我在聆聽各位議員的發言後，會作適當的補充或回應。多謝主席。

張宇人議員：主席，綜觀今天的原議案及修正案，其實大家均認同共有 4 個方向需要處理。第一，推動預防性基層醫療服務；第二，盡快

修正公私營醫療系統嚴重失衡的現狀；第三，解決醫院管理局("醫管局")管理不善的問題；第四，避免人才流失及增加人手。

我先談談基層醫療方面。本港早於 1990 年已在醫療發展策略內加入基層醫療的理念，但首個以地區為本，推動基層醫療的健康中心，卻到今年 10 月才會在葵青區啟用。政府於 2007 年 11 月底成立的基層醫療健康發展督導委員會，仍在制訂藍圖和估算人手需要。本港基層醫療至今還在起步階段，當局實在責無旁貸。

家庭醫生無疑在推廣基層醫療方面起重要的作用。不過，大家須知道，普羅市民一直未能養成看家庭醫生的習慣，其中一個主要原因是家庭醫生的收費不便宜，而理想的解決方法當然是增加家庭醫生的供應。然而，這又回到老問題，即香港不單欠缺家庭醫生，連其他類別的專科醫生亦嚴重不足，即是人才供應"塘水滾塘魚"。

同時，香港不應忽略中醫在基層醫療的角色。中醫着重固本培元，大多從保健及預防疾病着手照顧市民健康，理念與基層醫療如出一轍。

主席，自由黨支持參考"公私營醫療協作"模式，把私營醫療服務納入第一道醫療防線的發展規劃中。事實上，鑒於香港公私營醫療嚴重失衡，自由黨一直鼓勵當局加強公私營合作，由政府資助部分費用，鼓勵較有經濟能力的病人，特別是癌症病人，從公營醫院分流到私營醫療系統。

以醫管局推行的白內障手術公私營協作為例，多年來成功把大量病人分流到私營醫院進行手術，已見顯著成效。近年私營醫院相應大幅調低白內障手術的費用，讓中產人士大大受惠。不過，自由黨想指出一點，現時許多病人當發現身體出現嚴重及須長期診治的毛病時，仍會請私家醫生寫轉介信，轉到公營醫院作長期跟進。究其原因，是由於私營醫院的收費高昂，即使買了保險的病人亦未必能夠負擔，所以乾脆回流到公營醫院。

當然，我們需要加強監管私營醫療的收費，但這也解決不了香港供不應求以至私營醫療服務收費高昂的現象。再者，在大灣區"1 小時生活圈"的刺激下，香港是有必要擴大私營醫療系統的需要，但這又回到土地及人手的問題。醫學界常指，不應動輒將問題扯到人手不足方面；他們反將矛頭指向醫管局，批評當局管理不善、資源錯配。自由黨同意如要解決香港的醫療問題，必須多管齊下，包括減輕醫管局

醫護人員的行政工作、解決資源分配不均，以及在季節性流行性感冒("流感")高峰期間彈性調配人手等。但這並不與輸入海外醫生互相排斥，兩者理應同步進行。

自由黨經常批評醫管局審批新藥物時間過長，有需要放寬。然而，對於是否取消藥物名冊制度，由政府直接資助，我們則認為需要先研究清楚後者是否確實比較可取，在審批資助方面尤其須作詳細討論，包括政府出資的金額。

主席，醫管局已準備兩個十年醫院發展計劃。但有硬件，沒有軟件亦於事無補。今天廣大市民已承受醫生人手不足的副作用，公營醫院專科輪候時間屢創新高。香港必須有足夠的醫院和醫護人員，才可配合醫療改革的施行，令病人求醫時有更大的自主權及更多選擇。我們必須正視這個問題，放寬海外醫生來港工作的門檻。說到底，這只是供求的問題。當醫生人手不足，私家醫生的收費越來越貴，病人寧願到公營醫院求醫，而公營醫院醫生收入永遠追不上私家醫生的收入。當私家醫生已成為我在此曾提及的"星球人"，即 1 星期賺取"1 球"(即 100 萬元)，莫非我們也要讓公營醫院的醫生 1 星期賺取 80 萬元，以挽留他們嗎？

醫療改革固然重要，但不代表我們要一面倒投入資源，不講求成本效益。否則，隨着人口老化日趨嚴重，在有限的資源下，醫療成本將越趨高昂，難以應付。

(代理主席李慧琼議員代為主持會議)

我在此再次呼籲：香港市民真的要認清楚，輸入外地專才醫生並不會降低我們的醫療水準，相反，水準會因而得以提高。千萬不要讓少數為了維護個人利益的人誤導，特別是我們議會內有一位議員，即使他從地區直選中勝出，但為了維護個人利益，經常反對輸入外地醫生。多謝代理主席。

范國威議員：代理主席，我想藉這次發言的機會，表達我對現正身陷囹圄的邵家臻議員的支持。

我十分渴望邵議員能親自出席是次立法會會議動議他就"推動醫療改革"議案提出的修正案。可惜的是，邵議員曾三度向懲教署申請外出回來開會，以親自動議其修正案，但均遭懲教署拒絕，但即使如此，我仍然會就邵議員及其他議員所提的修正案作出回應，以及表達我本人對"推動醫療改革"議案的意見。

邵議員為弱勢社群發聲，協助他們充權；在他成為階下囚後，曾入院進行"通波仔"手術，因此他本身也是香港醫療服務的使用者。我當然明白今次這項有關"推動醫療改革"的修正案與其本人有切身關係。此外，邵議員本身亦是一位濕疹病患者，並且有服用中藥，所以我留意到，他在修正案中建議"擴大中醫在公營醫療體系的比重，並改善中醫在公營醫療體系的薪酬待遇及晉升階梯"。他以自己作為議員、社工及病患者的三重身份，從全港市民的利益出發，為本港醫療系統診症。即使身在獄中，也不忘繼續議會的工作，為的是希望為病患者能盡早獲得較佳診治，讓香港市民的健康得到保障。

邵議員的修正案就原議案加入 3 點內容：經他修正的修正案第(七)點，要求"就增加本地大學培訓普通科及專科醫生、護士、專職醫療人員等醫療人手的名額制訂長遠政策，以處理現時公營醫療系統人手不足及輪候專科醫療服務時間過長的問題"。有關專科輪候時間過長的問題，就以邵議員曾提出關注的抑鬱症(一種精神病)為例——根據政府於 2017 年公布的精神健康檢討委員會報告("報告")，在本港的成年人口當中，一般精神病的患病率高達 13.3%(即多達 100 萬人)。

此外，據報告所載，最常見的是混合焦慮抑鬱症，佔 6.6%。至於接受醫院管理局("醫管局")治療的精神病患者人數，其實正在不斷增加，由 2011-2012 年度的約 187 000 人增至 2015-2016 年度的逾 226 000 人。就輪候時間方面，根據醫管局的數據，截至今年 2019 年 3 月底，有超過 34 000 宗的"穩定新症"，當中輪候時間最長的為九龍東，竟需輪候 131 個星期之久，即須等候逾兩年時間才獲得醫生診治。因此，我就今年的財政預算案向政府提出建議，增加醫生及護士培訓學額，把香港每 1 000 名人口的註冊醫生和登記護士的比例，提升至經濟合作與發展組織成員國的平均數字水平，即每 1 000 名人口有 3.4 名醫生及 9 名護士，以紓緩香港公營醫療機構前線人手不足和流失。

經邵議員修正的修正案第(八)點是"大幅增加本地公立醫院及病床數目"，我對此也一直甚為關注。2012 年至 2017 年，本港病床數目只由 27 153 張增至 28 335 張，增幅僅為 4.3%，按每 1 000 名人口計

算的公營醫院病床數目比例，在 2017 年僅為 3.8 張；而過去 5 年，家庭住戶數目由 2 368 000 戶增至 2 535 000 戶，增長率為 6.2%。當人口增長率高於人口與病床比例的增幅時，大家便明白問題是多麼的嚴重了。倘若政府無法加建公立醫院及大規模增加病床數目，恐怕難以追上人口增長的速度，更遑論應對人口老化的挑戰。我個人建議政府增加基層醫療佔衛生開支總額的百分比，建立預防性醫療系統，包括加強疾病預防及健康教育。

邵議員提出的最後一項建議，是增加公營牙科門診名額，這點與我一直以來的訴求吻合，我要求政府盡快把公營牙科診所服務擴展至全港 18 區。現時香港每 10 萬名人口中，只有 30 名牙醫，比例偏低，加上人口老化，許多長者除了要忍受輪候之苦外，有一些長者甚至要等足 1 年才能脫去 1 顆牙齒，要是等不及，便唯有轉往看私家牙醫，屆時動輒便須耗費數千元了。我認為，政府應把牙科診所納入《香港規劃標準與準則》中，制訂人口與牙醫的最低比例(例如每 10 萬名人口須有 60 名牙醫)、研究訂定全民牙科保健計劃，以及制訂全港長者口腔健康指標等。

最後剩下少許時間，我想提出一項個人建議，便是盡快處理非合資格人士拖欠醫療費用的問題。假如他們在出院離開香港後仍不繳清欠費的話，政府應就出入境方面加設對策，包括停止向曾拖欠醫療費用的人簽發旅遊簽證或禁止其入境，以杜絕問題。

代理主席，我謹此陳辭。

梁耀忠議員：代理主席，局長剛才花了好些時間談論有關中醫的醫療服務，我希望局長能真的加把勁，就這方面多做些工夫，因為中醫服務在香港甚為受歡迎。

另一方面，中醫醫療服務卻面對不少問題，例如至今尚未有任何中醫醫院落成，故我希望政府能盡快建成第一間、甚或更多間的中醫醫院。此外，最令中醫感頭痛的，便是中成藥的問題。中成藥製成品的檢測費用十分高昂，而且手續非常繁複，希望當局能加快落實簡化這方面的手續。關於 3 000 多名表列醫師，自 2000 年開始至今，他們已行醫超過 15 年，符合 2000 年前註冊醫師的條件，因此我希望局長會重新考慮讓他們從表列醫師轉為註冊醫師。

代理主席，除了中醫醫療服務外，在推動本港的醫療改革方面，我認為無論是就硬件、人手和方向而言，也應進行全面改革。事實上，這個問題已是刻不容緩，不容繼續拖延。在過去 10 年，本港公營醫療開支佔 GDP(本地生產總值)的百分比十分低，約為 2.7%至 2.9%，不但被英、美等國家拋離 3 倍之多，更嚴重落後於日本、韓國和台灣。2018-2019 年度，本港的衛生總開支約為 780 億元，僅佔政府總開支的 14%，雖然已較上年度增加約 70 億元，但百分比卻仍然減少了 1%。

面對人口老化和人均壽命延長，本港未來的醫療服務需求將不斷大幅上升，並且對本港公立醫院床位的需求定必會增加，但可惜政府在這方面的工作卻停滯不前。根據《香港規劃標準與準則》，每 1 000 人便應有 5.5 張病床，但在實際人手及其他資源方面，遠遠無法達到這個水平。除病床數目不足外，公立醫院的專科輪候時間亦十分長，一些沒有經濟能力的基層病人被迫到私院求醫，因而難以獲得適切的治療。

雖然政府在今年的財政預算案中預留了 3,000 億元，以配合未來十年醫院發展計劃、改善衛生署轄下診所設施及增加其醫療教學設施，以及增加病床數目，但即使政府加快興建新的醫療設施，亦必須同時確保有足夠人手配合，才能應付不斷增加的醫療需求。大家也知道，本港的醫護人手嚴重短缺，與其他國家相距甚遠。以 2016 年的統計數字為例，英國、加拿大、日本和新加坡等國家的每 1 000 名人口之中，有 2.3 名至 2.8 名醫生，但香港只有 1.9 名醫生。至於護士方面，英國和加拿大等國家的每 1 000 名人口之中，至少有 9 名護士，而日本和新加坡亦分別有 7.91 名和 7.2 名護士，但香港只有 7.14 名，似乎跟其他國家和鄰近地區有頗大差異。據食物及衛生局推算，預計截至 2030 年，本港醫護人手仍然短缺。我認為在這麼多年後我們的醫護人手仍然短缺的話，實在難以接受，請問局長能否多加把勁，不必耗費那麼長的時間把問題解決？

我希望局長明白，醫療開支雖然龐大，但醫療服務需求卻同樣是在不斷增加的。我們認為，政府除增加經常性開支外，會否考慮開源節流？舉例而言，當局可精簡架構，減少醫護人員的行政工作量，讓他們能專心照顧病人，一如朱凱迪議員所建議，開放現時由醫生擔任的行政及系統管理職位予曾接受公共衛生訓練的人員。我認為，這樣才能真正善用人才，避免醫護人手流失至私人市場。此外，當局亦有需要同時增加醫護學額，這點我們已討論了很長時間，但情況仍不見有多大改善。因此，我希望政府能制訂長遠策略，大幅增加本地大學

培訓普通科及專科醫生、護士及專職醫護人員等的學額，因為這樣才能解決本港未來將要面對的專科輪候時間過長的問題。

另一方面，前線和基層的輔助醫療人員經常被忽視，例如護理員和清潔工等，他們均是為醫護人員提供支援的後盾，我希望政府能加大力度提升他們的士氣，包括調整他們的工作量及增加其薪酬，讓他們有較多時間用心服務病人。

除了改革硬件和軟件外，我認為當局還須改革醫療服務發展的方向。由於香港人口日漸老化，政府必須在增加提供基層醫療服務的同時，加強發展社區預防性護理及治療服務，讓基層病人可以盡早得到支援，而無須過於依賴公營專科醫療服務，這也是事在必行的(計時器響起).....

代理主席：梁議員，你的發言時限到了。

陳凱欣議員：代理主席，我們今天討論的是由陳恒鑽議員所提出，關於"推動醫療改革"的議員議案，在此很感謝陳議員，因為他令我們有機會在議會真真正正直接討論這個影響市民健康的醫療問題。

除了原議案之外，有多位議員提出了修正案，可以看到每項修正案涉獵的範圍及內容均有所不同。除了一定程度上反映社會對醫療改革的迫切需求之外，亦反映我們對醫療改革有很多不同的看法。正因為這些多元的意見，證明了醫療改革這個課題的複雜性。

事實上，我相信市民對醫療改革的議題並不陌生，因為早在回歸前已經開始醫療改革的討論。多年來，有關醫療融資的可行性、醫院管理局("醫管局")的運作、醫療資源的投放及分配，以至基層醫療的發展等的討論一直存在。我過去曾在不同場合提出相關的意見，今次我想特別聚焦討論兩個方向，第一是醫療服務的提供，第二是醫護人手的規劃。

首先，在醫療服務的提供方面，我過去曾經指出，本港公營醫療存在着一個問題，就是"重治療、輕預防"的情況。當然，如果本港人口沒有大幅增長，亦沒有嚴重的人口老化，這個問題應該沒那麼嚴重。但是，事實是，我們看到近年每當進入流感高峰期，公立醫院就會變成"戰地醫院"，不但急症室輪候時間居高不下，內科病房使用率

亦往往超過 100%。公立醫院服務面臨崩潰，一方面令到醫護人士疲於奔命，病人大排長龍亦未必可以得到適切的治療。這些情況可能是政府過去 10 多年來忽略基層醫療所造成。

這一點亦是為何我一而再、再而三的強調，政府應該改變現時"重治療、輕預防"的醫療服務提供模式，不論在資源投放或服務規劃上，我認為都應該採取"重治療、更重預防"的方針，透過在社區上建立一套完整的基層醫療服務系統，真正在社區做好預防、分流和及早介入，從源頭減少病人，分擔公立醫院的服務壓力，這樣才有望避免現時病人及醫護在公立醫院"困獸鬥"的情況持續下去。

所以，我認為政府有必要拿出應有的承擔，它可以考慮重整衛生署，另一方面亦可考慮另設專責部門，全面統籌本港的基層醫療服務發展，並且為基層醫療制訂完整的發展藍圖，為本港未來 20 年的基層醫療發展訂定具體可行的目標。當中可以考慮的，包括落實把"升級版"的社區健康中心擴展至全港 18 區，除了為各區居民提供基本的健康管理及健康教育等服務外，亦可以與公立醫院保持緊密合作，分擔慢性病的管理工作；再配合政府早前提出在各區開設地區康健中心，善用私營市場的服務，為市民提供更靈活並且符合地區特定需要的基層醫療服務，相信這樣有望為本港整體的醫療環境帶來改善。

基層醫療服務更連繫到我想指出的第二個重點，就是醫護人手的規劃。醫護專業人才是服務的核心，空有硬件而沒有醫護，只會"得物無所用"。事實上，上屆政府曾委託香港大學及香港中文大學就本港未來一段時間的醫護人手需求作出估算，雖然不少聲音都批評有關估算結果不夠準確，但我認為有關的工作畢竟為醫護人手規劃走出了重要的一步。

因此，我建議政府應該盡快展開新一輪"醫療人力規劃和專業發展策略檢討"，配合基層醫療的發展藍圖，盡快為未來基層醫療服務發展所需的醫護人手，作出全面的規劃。值得一提的是，現時不少專業仍然未有機會完全發揮他們的專業知識，為基層醫療服務出一分力，最典型的的就是中醫師。很欣喜剛才局長特別提到中醫的發展，希望可以真正落實。

中醫醫療"治未病"的理念，本來就與基層醫療的理念十分吻合，我們亦知道有些公立醫院已經開設中西醫協作病房，病人的反應相當不俗，非常受病人歡迎，證明市民心目中對中醫醫療有一定的信心。再者，本港已經設有一個中醫註冊制度，可以確保醫療水平。但是，

在基層醫療欠缺整體規劃的情況下，我覺得中醫醫療專業根本被視為"過剩人手"，這樣實在太浪費。

藥劑師亦是另一個例子。現時一些醫院推出了試驗計劃，讓一些病情穩定的長期病患者，可以選擇在覆診時只面見藥劑師，縮短覆診周期，從而減輕醫生或護士等的工作壓力，我覺得效果亦非常理想。類似的服務形式亦可以應用在社區，例如考慮在各區的社區健康中心設立社區藥房，為病情較輕的市民提供處方治療，相信有望減少病人一窩蜂湧到公立醫院求醫的情況。

事實上，要討論醫療改革的議題，討論三日三夜也說不完。醫療改革的路途非常漫長，我建議政府不妨考慮舉行一次"醫療改革大辯論"，一起討論，集思廣益，希望可以有額外的收穫。

我謹此陳辭。

黃碧雲議員：代理主席，我們今天不單看到有關於改革醫療政策的議案，亦有很多修正案，而我個人也提出了修正案。因發言時間所限，我會集中就我的修正案發言。

主要來說，民主黨提議要就急症和專科新症的輪候時間制訂服務承諾。第二，制訂方案挽留公立醫院的人才，以避免各類醫護專業人員流失。第三，增加本地醫科生及各類專職醫療人員的培訓學額，以及研究成立第三間醫學院。第四，規定本地醫科畢業生在專科畢業後須在公立醫院服務一定年期。第五，吸引在海外知名醫學院和英國、加拿大、澳洲及新西蘭的大學醫學院接受專科培訓，並獲取專科資格的港人醫生回流到香港的公營醫療系統服務，以及要求醫院管理局("醫管局")減少安排醫生處理不必要的行政工作，讓專職的醫生做回他們的前線工作，包括治病救人及指導新醫科畢業生的工作，讓他們可以做回自己的專業工作。

代理主席，由於時間所限，我想集中討論數點。首先，我想談談為急症和專科新症的輪候時間制訂服務承諾。我們看到公立醫院的輪候時間，不論急症或專科新症，數十年來也沒有改善，無論對此增加多少撥款，表現也似乎沒有改善。民主黨建議醫管局參考其他國家的做法，就着病人輪候時間作出承諾，或我們稱為 **performance pledge**(服務承諾)，即醫管局要清楚說出病人大約需等待多久便能看到醫生。

當然一夜之間難以達到建議的目標，而我們希望給予政府和醫管局 3 年時間，看看他們能否達到以下的目標。

就現時急症的輪候時間，我們翻查 5 月中的資料，廣華醫院急症室，尤其是非緊急情況的病人需要輪候超過 8 小時，伊利沙伯醫院和聯合醫院同樣要輪候超過 8 小時，而東區醫院也要輪候超過 7 小時，民主黨認為這情況是不能接受的。我們希望次緊急病人到達急症室，他們的輪候時間為 90 分鐘內便能看到醫生並讓他診治，非緊急的病人亦不應輪候超過兩小時，應在 120 分鐘內便能得到診治。

至於專科新症方面，我們知道醫管局會將病人分流，現在第一優先(緊急)的專科新症要輪候兩個星期，我們希望政府和醫管局在 3 年內能夠達到的目標是，第一優先(緊急)的專科新症輪候 1 個星期便能會診。至於現時第二優先(半緊急)的新症要輪候 8 個星期，我們希望第二優先(半緊急)的新症能在 5 個星期內應能安排看專科醫生。第三類是穩定的新症，現時的輪候時間十分長，九龍東聯網的內科平均需要輪候 98 個星期，而九龍中聯網的眼科輪候時間最長，要輪候 120 個星期，即兩年多，有時甚至是 3 年，這是非常離譜的。民主黨希望政府可以承諾這些非緊急的新症能在 52 個星期內看診，我認為我們的建議已非常溫和，52 個星期已是 1 年，即使是非緊急的新症，病人也要輪候 3 年，病情也會由不嚴重變為很嚴重。所以，我們希望政府能達到上述的目標。

當然，要達到有關的目標，我相信最關鍵的是人手的問題，因此，我們提議醫管局要制訂方案挽留人才，計算香港是否有足夠的醫科生名額、醫療專職人員的名額。我們希望政府可就此多下工夫。

近日比較多討論關於除要增加培訓本地醫生的名額外——其實培訓一名專科醫生，從頭到尾，需要花 13 年的時間——現時大學或醫院裏也沒有足夠具經驗的專科醫生，我們有沒有辦法可以增加吸引力、誘因，令香港能夠吸引海外的知名的專科醫生回到香港的公營系統裏服務？我們知道香港醫務委員會("醫委會")通過方案，讓海外醫生回港一段時間(3 年)便豁免其實習，但我相信並希望接下來政府要研究和推動的，就是吸納海外受訓的專科醫生，例如是來自海外，即英國、加拿大、澳洲、新西蘭等的知名醫學院——當然這些學院的水平不會較香港的學院差，甚至較香港的大學院校更好。為何我們認為應優先吸納這些地區的醫科生？就是因為這些海外地區的醫學培訓與香港的培訓十分相似，這些醫科生亦已考獲當地的專科醫生資格，

他們身經百戰，極具經驗，尤其是有部分是香港人或香港人的子女，他們在語言溝通上已沒有大問題，政府是否可優先吸納他們回流香港？經過香港醫學專科學院的把關，而醫委會已對他們批出了有限度註冊，則他們不用考試便能立即回港並在公營醫院和兩大醫學院裏工作。對於這群已經免試的醫生，我們現在說要推行的進一步誘因是，如果他們回流在公營醫院、兩大醫學院，以及衛生署完成兩份 3 年合約，即合共 6 年，便一定能看清楚這群已很具經驗的醫生的表現，甚至他們已能在兩大醫學院或醫管局裏指導較 junior(資歷淺)的醫生如何施手術及為病人診症。因此，我們可否豁免這群醫生的執業資格考試？

我知道坊間對這議題的討論逐漸變得很混亂，有人問，如果海外醫生不用考試，便讓他們免試回港執業，會否令香港的醫療質素下降？會否引入一些庸醫？我相信引起討論混亂的原因是，是大家將普通科的醫生與專科醫生混淆。對於海外受訓的醫生，全世界各地包括大陸，我們也不知道他們如何訓練，假如讓他們在港工作一段時間後，便可轉為本地的執業註冊醫生，這樣大家可能會很擔心。對於這些醫生，民主黨也認為應保留要通過執業資格考試，但所指的是普通科醫生。然而，香港現在缺乏的不單是普通科醫生，我們要爭取更多的是專科醫生來港執業，而專科醫生與普通科醫生不同之處，是因為他們已經考取所有試，包括專科試。所以，我們說的是這群"師傅級"的醫生，我們是否要求他們重新考入門試呢？我們認為這是不必要的。如果我們不打通這關卡，香港便無法吸納優質的人手到港工作。

當然在這個討論中另一個問題是，我們經常聽到，這些醫生只能留在公立醫院服務，因為公立醫院最缺人手，即所謂的"痛點"。我們對這點是十分同意的。然而，當我們考慮到我們吸引這些海外醫生回港，就是希望他們留在這個所謂"痛點"服務時，我們認為更應思考是否應該要求兩間本地大學醫學院培訓的醫生，在他們取得專科醫生資格後，同樣留在公立醫院裏服務一定年期？我認為這是很合理的。海外的醫生沒有動用納稅人的一分一毫來培訓，而本地培訓一名醫生則需要 6 年時間，修讀醫科前後需要 300 萬元公帑。因此，他們是否應負上更大的承擔，在他們取得專科醫生資格後，不應立即"跳出"私營市場？故此，我們希望訂出一定的服務年期的限制。這些是民主黨的建議，我們希望政府能帶頭提出更多建議，以兌現對專科新症及急症的輪候時間的承諾，令全港市民受益。

我謹此陳辭，請各位議員支持我所提出的修正案。

姚思榮議員：代理主席，目前香港面臨其中一個主要問題，就是人口老化。人口老化對社會帶來的影響深遠，無論是政府的財政收入、福利、房屋、醫療等方面，都會面臨挑戰。面對未來的壓力，政府在財政充裕的情況下仍然要量入為出，推動醫療改革時亦要實事求是。

香港公立醫院的醫療系統常為人所詬病，批評的聲音不少。其實，與其他地區與國家相比，我們的醫療體制並不算太差。香港人平均壽命已經超越日本，成為全球最長壽的地區，這與香港公營醫療水平有莫大關係。香港是延續以往行之有效的公營醫療制度，好處是平等和規範，市民不論貧富，都能獲得必要的醫療服務及適當補貼，收費亦相對合理。

政府為幫助基層市民，先後推出醫療券、公私營協作計劃，推出“錢跟病人走”的概念，將一些病者分流到私家診所，希望藉此縮短公立醫院門診的輪候時間，但幫助有限；政府應適時作出檢討，繼續增撥資源，以達到分流效果。為鼓勵市民使用私家醫院服務，減輕公立醫院的負擔，政府最近推出自願醫保計劃，通過稅務優惠吸引中產人士投保，估計可起分流作用。不過，我擔心未來私家醫院是否能夠承受這種需求呢？現時公立醫院有 42 間，28 000 個床位；私家醫院只有 12 間，4 600 個床位。自願醫保推出後，將鼓勵不少原本使用公立醫院服務的病人轉到私家醫院，會否因此而導致私家醫院服務供不應求、費用增加，政府需要時刻留意情況變化，以免顧此失彼。

代理主席，目前香港公立醫院仍有不少需要改善的空間：一是專科服務等候時間過長，病人錯過最佳的治療機會；二是在流感高峰期，公立醫院難以招架，前線醫護人員面臨巨大壓力；三是公立醫院醫護人員流失情況嚴重，補充的渠道不足。要解決上述問題，政府需從硬件及軟件兩方面入手。

在硬件方面，政府已經同意投放 2,000 億元，推行十年醫院發展計劃，包括興建一所新的大型急症全科醫院，重建及擴建 11 所公立醫院，增加社區健康中心，目的是增加現有公立醫院的容量，上述只能解決中長期面對的問題。中短期措施方面，建議政府首先對公立醫院內殘舊的設施進行更新，盡快換上先進儀器，提升使用效率；其次是通過科技減少對人手的依賴，例如市民可以通過系統進行預約改期、付款及提示應診等。

代理主席，硬件問題可以用錢解決，但軟件方面則難度更大。醫護人才流失的情況，亦是醫療系統面臨的主要問題。政府無論怎樣增

加床位、怎樣分流病人到私家服務，如果沒有足夠的醫生，這些措施都是無以為繼。目前香港每 1 000 人當中，只有 1.91 名醫生，較英國 2.8 名、美國 2.5 名、日本 2.3 名、德國 4.2 名低得多，情況極不理想。

據 2017 年《醫療人力規劃和專業發展策略檢討報告》的推算，至 2030 年本港將欠缺超過 1 000 名醫生及 1 600 名護士。反觀新加坡過往亦曾經面對醫生不足的問題，及後放寬海外醫生到當地執業，醫生比例由 2007 年的 1 000 人中的 1.6 名，提升至 2015 年的 2.3 名。由此可見，適當放寬海外醫生到香港執業，才是解決根本問題的關鍵。

一提到放寬海外醫生來港執業，目前遇到最大的阻力，是來自部分的醫生團體。他們美其名是保證香港醫生的質素，實際是自我保護，擔心引入海外醫生影響本地醫生的發展機會。為了市民的健康，醫療界不應過於保守，迷信現有的註冊制度，而忽略海外行之有效的做法。正如新加坡引入外來醫生的門檻比香港低很多，但我們看不到有懷疑該國醫生的水平出現問題。所以，政府應該放下心魔，根據香港的實際情況，擴大開放的範圍及降低註冊門檻，尤其要吸引在海外畢業或任職醫生的香港人，他們懂廣東話，習慣香港生活，能夠安心留港就醫。希望政府及香港醫務委員會能採取更開放的態度，檢視及改革現有的外來醫生的註冊安排，解決香港醫療系統人手不足的問題，令香港的醫療制度更趨完善。

代理主席，我謹此陳辭。

梁志祥議員：代理主席，首先我感謝陳恒鑽議員提出“推動醫療改革”這項議案，讓我們可以就此進行討論及向政府提出意見。

根據香港的人口壽命數字，女性的平均壽命為接近 87 歲，男士則接近 83 歲。香港能夠成為全球最長壽的地區之一，很多人都說要歸功於我們的醫療系統，它對市民生命作出的保障，使我們的壽命得以延長。所以，對於香港的醫療部門的人員(包括醫院管理局(“醫管局”)、衛生署及食物及衛生局等的人員)過往為香港醫療和衛生方面所作出的努力、貢獻，我表示非常感謝。雖然香港現時的醫療系統仍然存在很多問題，但如果沒有這群專業、出心出力的醫護人員，我相信香港亦難以成為我剛才提到的最長壽的地區之一。至於香港目前的醫療系統是否需要大幅改革，這確實是我們今天的辯論重點。

目前，我們整體的醫療服務和醫療水平雖然已相當不錯，但仍有發展和提升的空間，因此，我認為大家值得就推動醫療改革這議題提出意見。現時，我看到一些現象，例如市民要看醫生很困難，特別是急症室門診，而病人輪候專科門診的時間就更長，有些專科要輪候 3 年至 5 年，一些不太緊急的病症，例如白內障等，病人甚至需要等待 5 年至 6 年。這情況相當不理想，亦令病人相當困擾。要解決輪候時間長、看醫生難的問題，當下所有人，包括立法會議員、政府部門和醫療系統的所有人員，都應該要着力探討解決方法。

就輪候時間長的問題，究其原因，除了醫療人手不足之外，其實亦包括剛才很多同事提到的硬件不足。例如我們現時的病床與人口比例只是 5.1，並未達到《香港規劃標準與準則》要求的 5.5，那即是說，我們連基本的病床也不足夠，而這亦成了我們最擔心的情況。若有疫情爆發，例如過去一段時間出現的禽流感或流感，那大家便會感到很擔心，因為到時候，醫院"迫爆"、病床不足的情況會更為明顯。因此，我們需要投放更多資源，興建更多醫院，這是解決病床不足問題的重要措施。

雖然政府已為興建醫院作撥款預算，但醫院落成後，卻缺乏醫生人手，這正是一個"雙困難"的局面。在兩三年前，我曾經積極向政府查詢，當天水圍醫院落成後，何時才能使用。原來天水圍醫院會分階段開放使用，而原因就是醫生人手不足，需要從屯門醫院調派醫生到天水圍醫院。所以，天水圍醫院在落成後一年才可以提供 24 小時的急症室服務，而最初，它更沒有提供病床服務。由於醫生、護士人手不足，甚至醫院的其他員工也不足，故此，影響了醫院的整體服務水平。

那麼，我認為應以甚麼作為着手推動醫療改革的切入點呢？我認為政府要同時解決硬件和軟件(即人手)問題，着力解決目前使市民擔心和困擾的這兩個不足之處。

剛才很多同事都有提及過人手不足問題，特別是姚思榮議員提到，針對現時醫院的醫生人手不足，最重要的事，是我們要培養和訓練醫生，又或從外地引入我們認為水平足夠的醫生。這些都是政府應該大力推動的措施。我要批評一下立法會議員當中的醫生代表，他們在這方面往往較為保守，而為保障醫生的固有利益，他們放棄爭取引入更多有水平的外地醫生到港，為市民服務。他們這種心態是要不得的。

最後，我想提出的一點，是中醫服務其實是醫療系統中很重要的一員。例如，博愛醫院推出的流動中醫車服務便幫助到很多市民。我認為政府需要打破現有格局，在中醫服務方面引入新思維，讓市民得益更多。我謹此陳辭。

譚文豪議員：關於今天這個議題，相信各黨派很多議員均會發言，但來來去去都是說醫護人手不足、床位不足，政府該如何支援。但是，我認為可以從政策層面，理解為何會出現醫生不足的問題。

首先，剛才很多議員皆提及海外醫生制度，這制度確實在 1997 年後有所改變，以致海外醫生較難來港服務。其次是保險業的出現。保險業過去的發展非常蓬勃，以致平均每個香港人都一定購有一份人壽保險，加上自願醫保計劃，令 700 萬香港人幾乎每人皆購有一份保險，這會衍生甚麼後果呢？

雖然有同事未必完全同意，但我看到的客觀現實是病人前往私家診所或醫院求醫時，往往首先會被問及有否投購保險。如有，對方會非常歡迎，因為他們可開出保險公司同意支付的手術費用。如果沒有，他們的收費通常會便宜一點，並表明那是因為沒有保險而收取的費用。

有人可能會認為醫生很好，因為病人沒有投購保險，負擔不來而收費便宜一點，但如果細心想一想，儘管我相信很多醫生也很有醫德，但醫生其實也是一門職業，也要賺錢。如果可以因病人沒有投購保險而降低收費，收取病人負擔得起的價錢，反過來是否意味只要病人有保險的保障，便會將收費提高呢？

問題是這種保險制度令更多醫生加入私營醫療市場，因為客觀現實是能夠藉此賺取更多金錢，在這制度的影響下，亦令公立醫院醫生的流失率越來越高。此消彼長，不難理解公立醫院原本是 10 個煲有 9 個蓋，但逐漸只剩下 5 個蓋。當然，從外面招聘新人加入是其中一個方法，但我認為公立醫院醫生流失的最大原因是私人市場太過吸引。這在數年前還有“雙非兒童”在港出生，可以取得香港居留權，沒有任何行政措施阻止時，可說是尤以為然。公道一點地說，對於這種曾蔭權時代的產物，我真不知道上屆甚至上兩屆政府當時在想甚麼，竟然在政策上容許“雙非孕婦”來港產子，而不以行政手段阻止。

當時公立醫院婦產科醫生大量流失，完全不能挽留人才，以致市民要爭床位，連產子也要競爭，這就是當時的情況。當時的婦產科醫生是否突然大幅減少呢？不見得是如此，全港的婦產科醫生數目並無太大轉變，那麼他們哪裏去了？答案是流向私家醫院，因為從中可賺取更多金錢。

所以，一切都是錢作怪，因為私人市場太吸引，亦因為有保險制度，以致有更多醫生流向私人市場。此消彼長之下，公立醫院人員越來越辛苦，人手流失情況越來越嚴重，令仍然留下的人也想放棄和離開。所以，在制度上，當局可能以為做好自願醫保計劃，便可令更多人受惠。但是，不要忘記正正基於我剛才所說的種種原因，令公立醫院的人手如此緊絀。

另一點是醫院管理局("醫管局")的成員組合，令我感到很有問題。我剛才曾瀏覽醫管局的網頁，發現它有 28 位成員，當中原來包括一位立法會議員，那就是盧偉國議員。我並不是要評價盧偉國議員的能力或其為人，但很奇怪的是，既然政府要委任一位立法會議員加入醫管局，為甚麼不委任本會的醫學界或衛生服務界代表呢？無論是李國麟議員或陳沛然議員也可以，而我要清楚表明，重點不在個人，而是其所屬界別，既然他們是循這兩個界別加入立法會，委任業界代表加入醫管局不是比較合理嗎？

可是，我只看到政府，尤其是在梁振英管治下，那種用人唯親的陋習。只要這些代表屬於民主派人士，又或上一屆在某程度上較為中立，只有少許親建制的梁家騮醫生，便會因為所說的話不中聽，令醫管局或政府不想委任他們加入，但難道我們不應鼓勵多元聲音嗎？

試想一下，他們始終是以有關界別代表的身份進入議會，所以我很奇怪為何會委任盧偉國議員，而非剛才所說兩位醫護界別的代表加入醫管局。如果成員數目較多，當局委任其他人士也沒有問題，但這兩位之中理應有一位須獲委任。所以，在這方面，我希望政府可考慮一下。

在餘下的少許時間內，我想談談濫用急症室或醫療制度的問題。這項議案由陳恒鑽議員提出，其實是更加具有說服力，因我相信大家都不同意任何人可利用職權或個人身份插隊，無論是割瘻肉還是妻子臨盆須提早住院，也不應該如此。所以，我們要立下良好榜樣，例如手部受傷扎上繃帶時須否立即往急症室求診呢？當然，我不是要批評

陳恒鑌議員當天的做法，不過有時如痛入心脾，真的會連哪一邊的肩膊受傷也弄不清楚。所以，急症室服務(計時器響起).....

代理主席：譚議員，你的發言時限到了。

譚文豪議員：.....應該要更妥善.....

代理主席：請你停止發言。

林健鋒議員：代理主席，醫療改革是政府當前一個很重要的任務。香港公私營醫療系統的人力資源一直失衡，公營醫療系統長期迫爆。根據醫院管理局資料顯示，骨科新症最長要輪候兩年以上，眼科新症則最長要輪候3年，到病人就診時，病情可能已出現很多變化。如果我們再不進行改革，很多公營醫院醫生的工作量只會節節上升，令醫生的壓力"爆煲"，怨聲載道。這樣的情況令人擔憂。

我認同政府應該參考"公私營醫療協作"模式，將私營醫療服務納入整體發展規劃，利用私營力量減少公營醫療系統所承受的壓力。舉一個例子，很多慢性病患者(例如高血壓、糖尿病的病人)未能應付長期的財政重擔，或想獲得受政府及公眾監督的醫療服務，因而到公營醫院求診，所以，現時公營診所接收了很多需要長期服務的病人，而私營市場就繼續處理患傷風感冒這類病症的病人。如果情況持續下去，公營診所將會瀕臨崩潰，醫生苦不堪言。即使現時有津貼計劃供某些病人到私家診所求診，但由於誘因不大，私家診所的參與度亦不高。

我認為公私營合營方式可以妥善解決這些問題，有效地將病人由公營醫療系統疏導至公私合營診所，長遠令病人得到更適切的治療，令他們"病向淺中醫"，亦可以提升私營服務的聲譽。政府應該好好考慮，為本港醫療服務注入公私合營的新元素，提升整體醫療體系的水平。

(主席恢復主持會議)

特首林鄭月娥在施政報告中提及推廣基層醫療，我同意特首的出發點，照顧社會基層是值得關注的事項。很多在香港定居的少數族裔人士依然覺得求診困難。我有一些在香港扎根多年的印度朋友，他們非常關心社會，不單只是關心印度族裔人士的議題。我亦知道有些少數族裔朋友在香港求診時，會遇到“雞同鴨講”的情況。因為他們不懂中文，也不懂英文，所以，無法跟醫生溝通，講述病情。試想想，一旦他們遇到緊急情況，跟醫生的溝通出現問題，他們怎麼辦呢？再者，醫生本身亦承受很大壓力，因為急症要盡快處理，他們會擔心判錯症。雖然公營醫院可以為有需要人士提供傳譯服務，但有人對我說，這些服務形同虛設，有關熱線經常無人接聽，令少數族裔人士在患病時感到很彷徨。政府要做好少數族裔的傳譯服務，檢討有關公營醫院傳譯服務的流程和指引，以解決少數族裔就醫的問題。

主席，另一方面，我們擔心勞工短缺的問題會導致意外風險增加。本地醫院一直投訴沒有足夠人手，需要訓練更多有質素的醫護人員。我們不時都會聽到市民投訴公營醫院急症室的輪候時間太長，當遇上流感高峰期，更有人滿之患，前線醫護人員疲於奔命，士氣低落。即使政府每年增加醫科學額，但培訓一名醫生始終需要 7 年以上的時間，難以解決燃眉之急。政府去年預留了 3,000 億元增建及擴建醫院，增加病床數目及其他硬件，但現在問題的癥結是人手不足，並非撥一筆錢就能解決所有問題。正所謂“遠水不能救近火”，我們需要一個更適切的方案。

事實上，有很多海外醫生都想來香港執業，政府應該積極提供誘因，讓具認可資格的海外醫生及其他醫療專業人士來港執業。同時，持分者要超越自己的利益，權衡業界利益和市民權益，珍惜人才，不要逆勢而行。

主席，推動醫療改革是一個很大的議題，需要我們積極討論，以及政府作出有效的決策。隨着人口老化，香港未來對醫療服務的需求只會越來越大，我們急需管理資源的運用，聆聽社會上不同的聲音，處理好人手問題，這樣，我們才能真真正正提升醫療系統保障市民健康的能力。

主席，我謹此陳辭。

陳健波議員：主席，近期香港推出了自願醫保計劃，不少中產人士對計劃很有興趣，社會上的討論亦相當多，反應較我想象中好。自願醫

保可以幫助市民，當然是好事，但這種情況亦反映市民對公營醫療系統的失望，有能力的都希望可以改投私營醫療系統。

香港醫療技術一直處於世界水平，但公營醫療服務質素卻一直為市民詬病，包括輪候服務時間太長及治療時間太短等。我相信導致此等弊端有兩個基本的原因，第一是病人太多、醫護人員太少。公營醫療資源不足，人手亦不夠，直接令到病人需要輪候很長時間，而醫護人員疲於奔命，自然亦影響治療質素。有醫學界人士指出，香港醫生為每個病人診斷的時間大概不及美國的三分之一，可想象治療質素一定會受影響。

第二，香港缺乏基層醫療服務，待市民患上重病後才安排治療，結果正如今今天議案所說，市民難以"病向淺中醫"，加重了專科醫療的壓力和需求，令到專科的輪候時間越來越長。

資源緊張是可以解決的。財政司司長陳茂波近年已經大手投入資源，協助改善目前的情況，包括預留 3,000 億元籌備第二個十年醫院發展計劃、100 億元作為公營醫療撥款穩定基金，以及 50 億元更新或添置醫療設備等。雖然有關措施不可以解決所有問題，但我們看到政府願意為醫療撥款，提供更多資源解決問題，走出了重要的一步。

不過，醫護人手短缺才是目前最大的困難。引入海外醫生的爭議已經持續多時，我只想強調，新加坡每 1 000 人有 2.4 個醫生，德國有 6 個、美國有 3.4 個，香港只有 1.9 個。如果我們要追及新加坡的水平，其實是欠缺了 3 400 個醫生。我們沒可能在短期內找到這麼多醫生，所以，引入海外醫生是唯一的解決辦法。

參考新加坡的模式，把全球頂尖醫學院納入認可名單，名單上的畢業生，只要在新加坡公營醫院受監察之下行醫一段時間，就獲批私人執業資格。這個制度在新加坡已經運作了 10 多年，沒有發生大問題，最近當地醫生數目增加了，他們甚至可以刪減名單上的學院，收緊大門。我希望醫學界認真考慮這些方案，甚至可以提出優化方案讓社會討論，否則根本不可以解決問題，市民繼續受苦，醫生亦不好受。

今天的議案亦提及公私營醫療協作的問題。香港在 2005 年已開始研究醫療融資，並提出了一個大型的醫保計劃，我當時亦有參與。當時建議由政府注資 500 億元，資助年青人投保，又會成立高風險池，協助長期病患者投保，以及用套餐式收費(diagnosis-related groups,

DRG)規範醫療收費。由於預計會有很多市民參加，又有政府資助，保費定價將會更吸引，可以把不少病人分流到私營醫院，減低公營醫院的壓力。

很可惜，最後不知為何，政府抽起了 500 億元資助，使計劃失去了投保資助及高風險池項目。現時推出的自願醫保計劃，實際只對醫療保險計劃作出優化及規範化，完全沒有涉及另一個很重要的範圍，就是醫療收費的問題。政府為參加計劃的市民提供稅務優惠，雖然受到歡迎，但始終及不上原本的方案吸引，相信難以起到大規模公私營分流的作用，我們亦失去了一次醫療改革的契機。不過，這些已經過去，我們應該繼續向前看。正如李國麟議員提出的修正案，我們應該繼續推動醫保計劃，促請政府增加經濟誘因，鼓勵市民參加計劃，盡量把有能力的市民分流到私營醫療系統。

此外，自願醫保計劃反應熱烈，本港亦有需要盡快興建更多私營醫院，以應付日後的需要。政府最初提出醫療融資方案時，同時提出了私營醫療的配套方案，包括發展私營醫療產業、推出套餐式收費。可惜，私營醫療產業發展並不理想，至今只有一家新的私營醫院落成，另有一間大型醫院在興建中，相信難以應付將來的需要。

要自願醫保計劃做得成功，市民真正可以受惠，一定要有更多私營醫院提供足夠的病床，同時亦需要推行套餐式收費，增加市場的透明度，避免醫療通脹不斷上升。目前醫療通脹比一般通脹高，如果醫療通脹繼續失控，將直接令到保費不斷上升，對醫保計劃構成重大影響。現時自願醫保計劃反應不俗，預計將來會有越來越多市民參加，屆時市民有醫保，但醫院沒有足夠床位，無法滿足市民的需要，可能又要大排長龍，而且醫療收費亦一定會飆升。因此，我們現時必須做好配套工作，繼續推動私營醫療產業，而且要重新考慮引入套餐式收費。

我謹此陳辭。

(譚文豪議員站起來)

主席：譚文豪議員，你有甚麼問題？

(譚文豪議員示意要求點算法定人數)

主席：秘書，請響鐘傳召議員返回會議廳。

(在傳召鐘響後，多位議員返回會議廳)

主席：鄭泳舜議員，請發言。

鄭泳舜議員：主席，今天的議題是"推動醫療改革"。

我剛才一直在上面聆聽不同議員的發言。不過，我想先指出，今天這個議題很明顯是個民生議題，剛才有議員肆意偏離議題，發言旨在政治攻擊，我要表示非常不滿。陳恒鑽議員當天在議會受傷的原因，大家有目共睹，我亦親眼看到，但有議員說他弄假，我感到非常不滿，而且認為是十分下流的行為。

主席.....

(譚文豪議員站起來)

主席：譚文豪議員，你有甚麼規程問題？

譚文豪議員：規程問題。我想作出澄清，因為我剛才在發言中對陳恒鑽議員作出評論.....

主席：我聽不到你說話，請你從頭說一遍。

譚文豪議員：我想我需要作出澄清，因為我剛才在發言中對陳恒鑽議員作出評論。我剛才已清楚說了，我不是指他造假.....

主席：現在不是你的發言時間。

譚文豪議員：主席，我只是作出澄清。

主席：你只可以要求其他議員澄清，而非自己作出澄清。

譚文豪議員：好的，不要緊。

主席：譚議員，請你坐下。鄭泳舜議員，請繼續發言。

鄭泳舜議員：主席，我希望大家回歸民生議題的討論，這個議題關於公營醫療系統，希望大家盡量集中處理。

主席，陳恒鑞議員今天提出"推動醫療改革"的議案，我認為非常有迫切性。眾所周知，我們的醫療體系面對沉重的挑戰，公私營人手長期失衡，公營醫療系統只有全港不足四成的醫生人手，卻需要應付全港九成市民的住院醫療服務。每當流感高峰期來臨，公營醫院的走廊和病房均放滿病床，醫護人員不眠不休地照顧病人。他們的壓力不是快將"爆煲"，而是已經"爆煲"。

更令人憂慮的是，公營醫院的人手持續流失，令情況雪上加霜，市民輪候醫療服務的時間與日俱增。根據醫院管理局("醫管局")的資料，去年 7 個醫院聯網的急症室跟進第三類別的緊急病人，即發高燒、懷疑骨折或嚴重扭傷等病人，有 6 個聯網未能達標，其中表現最差的是伊利沙伯醫院和廣華醫院所在的九龍中聯網，這兩間醫院急症室的緊急病人平均需要輪候超過 33 分鐘，超出 30 分鐘的服務承諾。在次緊急病人方面，即發燒、跌傷、腸胃不適等病人，廣華醫院和伊利沙伯醫院急症室平均輪候時間也分別是 127 分鐘和 169 分鐘，同樣超出 120 分鐘的服務承諾。更不用說輪候專科了，動輒數以年計，很多議員同事均曾幫忙跟進，知道很多個案情況也是這樣，要病人一等再等，不斷承受這種痛苦，是一種折磨。醫護人員筋疲力竭，病人亦怨聲載道，所以香港的醫療體系改革真的有需要，而且迫在眉睫。

主席，近年政府不斷增加醫療撥款，包括增撥資源給醫管局，但這筆資源能否用得其所呢？是否單靠錢便可以解決香港積存已久的醫療問題呢？現實情況已經告訴我們，是不可以的，公營醫療的深層矛盾，還要尋找一些長遠方法來解決。我們認為發展全面的預防性醫療系統，落實和推行基層醫療，正是我們其中一個長遠的出路。

正所謂預防勝於治療，正如一場球賽，只要防守工作做得好，勝出的機會便會增加，身體上的小毛病如果能夠及早處理和修正，病情便不會惡化。現時香港公營醫療系統有"重治療、輕預防"的弊端，大家有病也會湧向龍頭醫院，地區診所無法發揮分流作用。正如我剛才提及的第四類次緊急病人，有部分其實未必需要向急症室求診，但本港的基層醫療服務不足，一旦病人無法在診所預約候診，或碰上假期較少診所開門，大家最後逼於無奈還是會向公營醫院求診。

主席，發展預防性醫療服務、發展基層醫療，在香港已經提出 30 年。不過老實說，這 30 年來相關的發展停滯不前，未如理想。我們看到本屆政府在推動基層醫療方面，其實做了一些工作，例如食物及衛生局在 2017 年 11 月成立基層醫療健康發展督導委員會，但我期望政府不僅停留在"檢視"、"制訂藍圖"或"建議"的階段，不可以說多於做，應該提出更加實際的措施，落實推行，做好社區預防、分流和健康管理。是否真的可以考慮加快擴展公營地區康健中心至全港 18 區，令原本以"治療"、"醫院"為中心的醫療服務模式轉變成"預防"、"社區"為中心呢？

主席，在我服務的九龍西，未來將會有明顯的人口增長，政府需要為市民提供更全面和到位的醫療服務。例如，我們最近跟進的石硤尾母嬰健康院重置個案。局長，我已多次提出，希望可以增加資源，在健康院重建後增設更多的服務，包括我們一直向局長提出的夜診和假日門診等，這些服務對九龍西的市民而言非常有迫切性。當然，牙科門診也是一樣的。

此外，香港人口急速老化，長者病人亦有所增加，政府應該與時並進，進一步加強為長者提供的基層醫療護理服務。政府在這方面仍然有很大的改善空間。例如，現時衛生署在全港設有 18 間長者健康中心，以會員制運作，在過去 10 年間，長者健康中心的會員人數沒有大幅增長，每年只是大約增加 1%，遠遠趕不上每年長者人口的增長，當中一個原因，是我們沒有再怎樣開設這些長者健康中心。是否可以在適當時候，增加這些長者健康中心的服務量和服務時數呢？

此外，鼓勵長者使用長者醫療券亦有很大的優化空間，我知道局長一直在跟進醫療券的問題，如何能夠讓更多長者善用醫療券，以便作出分流減少入院，如何加強宣傳呢？主席，這個問題同樣非常重要。

最後，我支持陳恒鑽議員的原議案，亦會支持麥美娟議員、邵家臻議員、李國麟議員和黃碧雲議員的修正案。至於陳沛然議員和朱凱

廸議員的修正案，由於他們刪除了原議案中的探討"師徒制"的可行性的建議，我們是無法接受的，但對他們新增的建議表示認同，所以我們會表決棄權。至於郭家麒議員的修正案，由於他提出取消醫管局的藥物名冊制度，但我們民主建港協進聯盟一直認為，藥物名冊有存在必要，所以我們會表決棄權。

主席，我謹此陳辭。

陳志全議員：我們今天討論題為"推動醫療改革"的議案。議員所提的建議，開首便是 4 個字——增撥資源。香港醫療系統存在的問題，究竟是否透過增撥資源便可以解決呢？

事實證明，醫院管理局("醫管局")不太希望政府向他們增撥資源。對於財政預算案("預算案")提出增撥資源，要求他們做這做那，他們似乎不太高興。情況便彷如硬要給他們錢，強迫他們在短時間內花掉，並教他們做事般。我覺得香港醫療系統的根本問題，其實是香港錯誤的人口政策，令整個醫療系統瀕臨崩潰，加上政府管治失效，以致大批以大量公帑培訓的醫生對政府感到失望，因而離開公營醫療系統甚至香港。此外，醫療人員受制於過多參與與醫療無關的工作，亦是問題所在。

過去 3 年，政府向醫管局提供的資助金額其實不斷上升，由 2017-2018 年度達 564 億元，上升至 2019-2020 年度的預算金額 699 億元。雖然過去 3 年的資助金額增加 100 多億元，但醫管局的服務有否因為資助金額上升而同步合比例地改善呢？在剛過去的流感高峰期，大部分醫管局醫生皆工作至瀕臨崩潰的邊緣。

如果醫管局內部管理不善，要醫生做過多行政工作，甚至要醫生接受不必要的培訓，亦會令醫生缺乏足夠時間提供臨床醫療服務，不論向醫管局撥款多少也無濟於事。有前線醫生，以至香港大學("港大")李嘉誠醫學院院長梁卓偉教授今年亦曾批評醫管局的官僚作風及開會文化。他指出曾有年輕前線醫生向他反映，在公營系統中可在病房執行診治工作的時間不多，他亦認為與開會次數多有關，更表示"以前通過一次會議就可以，現在則要三五次"。

醫管局主席梁智仁指出，醫管局會成立專責小組檢視醫管局大會的決策過程，以及臨床醫生參與總部和聯網層面的策略及管理情況。檢視範疇包括 3 方面：第一，理順醫管局大會及轄下委員會的決策程

序或授權安排；第二，簡化資源申請程序，尤其是周年策劃；以及第三，理順專科統籌委員會、中央委員會及其他聯網和醫院層面的策劃及行政會議安排。由此可見，行政程序繁複，加上會議過多，已成為前線醫生以至管理層皆認為要面對及處理的醫管局管治問題。

醫生的工作時間非常寶貴，對於部分知名的私家醫生而言，每小時可謂皆是錢，因為可以賺取數百元甚至數千元。不過，現時公立醫院醫生卻要在緊絀的時間內撥出時間執行一些與醫療沒有直接關係的工作，對他們造成龐大壓力，亦變相浪費大量公帑。所以，我希望醫管局能夠找方法大減公立醫院醫生的開會次數，令他們可以專注臨床診斷工作。此外，醫管局亦應該取消一些毫無意義的課程，例如不應強迫醫生參與所謂的"6天國情班"，以減低醫生不必要的工作量。

然而，即使醫管局的內部運作有所改善，為醫生騰出更多時間診症，凡此種種皆只是處理現時醫療系統問題的第一步，更重要的是改善人口政策，以免有醫療需要而沒有足夠經濟能力的人士大量湧入香港，成為香港居民。今年年初亦有公立醫院醫生指出，不少新來港人士一抵港便立即使用香港的公營醫療系統。事實上，不少已發展地區已規定移民人士必須有能力自行支付醫療費。因此，我們經常提出政府應取回單程證審批權，並規定所有透過單程證來港定居的新來港人士須有能力照顧自己的需要，從而避免大量新來港人士為公營醫療系統帶來進一步壓力，以及市民需輪候長時間才能享用公營醫療服務。

我記得我曾向局長說道——我不記得是預算案還是施政報告辯論——我很心痛看到一些醫護界的學生本來滿腔熱誠，希望服務香港市民，因此投身醫護行業，但當他們完成實習後，看到醫院的卸責文化、惡劣的工作環境及弄虛作假(即當局長巡視醫院，便安排病人出院或調遷到其他地方，令病床數目看來合理，之後便故態復萌)，以致他們決定在畢業後不當護士，實在非常浪費。

最後，最重要的是，政府應該停止一切打擊本地醫生信心的政策及惡法。過去兩星期，各學校的校友發起聯署反對"送中條例"，包括一群港大及香港中文大學醫科生聯署聲明反對對《逃犯條例》的修訂。這只是反映出不滿情緒的冰山一角。雖然我相信大部分醫科生及醫生皆不會成為逃犯，但他們亦極度不滿意特區政府不顧一切，以謊言硬推有關修訂，以致不少醫生對香港的將來感到失望。

須知道，我們花了大量公帑培訓醫護人員，他們具備豐富專業知識。雖然他們離開公營醫療系統，轉往私家醫院工作，有人可能會覺

得可惜，但如果我們所栽培的醫生不想留在香港而離開香港，這便更為可惜。

我要求政府撤回惡法，反對"送中條例"。6月9日，醫護界出來遊行！

容海恩議員：主席，香港公營醫院醫護人手短缺、急症室"排長龍"、病房迫爆、病床排滿走廊、門診和夜診服務不足等問題，已困擾香港多時，有必要盡快推行醫療改革及全面整頓上述問題。

我過去曾多次與局長會面，討論如何減輕香港醫療體系的負荷，並且提出了不少意見，包括建議政府延長普通科及牙科門診服務時間、增設更多地區診所及加強對長者牙科服務的資助、建立更多全面的社區醫療服務，以紓緩公營醫院的壓力。此外，我們亦爭取要求政府盡快確立中醫藥在本港醫療體系的定位。特首在最近一份施政報告已作出正面回應，我希望能迅速落實具體執行細節。

公營醫療系統已不勝負荷，醫護人手當然是首當其衝的關鍵環節。早前有關應否放寬海外專科醫生來港實習的要求成為全城熱話，最終香港醫務委員會通過聯同業外委員及病人組織代表提交的方案，即海外專科醫生可在指定3間機構工作最少3年，在通過執業考試後便可以豁免實習，取得正式執照。我希望這方案能真正有效紓緩公營醫院及其他人手不足的問題，令更多合資格的海外醫生來港執業，解決本港醫生不足的問題。

歸根究底，我認為造成今天香港醫護人手嚴重供不應求的主因，是政府過去進行醫療人力規劃時未有充分考慮人口老化為醫療系統帶來的額外需求。政府實在有必要全面檢討包括醫生、護士、物理治療師及藥劑師等人手的比例、增聘常額前線醫護人員，並按人口轉變調撥資源。

主席，我們過去也要求政府增加普通科門診和夜診服務，因為市民對有關服務的需要持續增加。以沙田區為例，公營醫院的夜診服務只直至晚上9時。威爾斯親王醫院目前是新界東聯網最主要的公立醫院，緊急救護服務、急症室和夜診服務均非常欠缺，所以我和地區人士皆強烈要求政府加強包括圓洲角診所的夜診服務。長遠而言，我們建議政府作出適當調整，把夜診服務延長至午夜12時，未來甚至考慮部分門診增設24小時服務，藉此減輕威爾斯親王醫院緊急服務的負荷。

此外，醫生人手不足亦令公務員診所的資源未獲充分利用。公務員醫療及牙科福利聯席日前與我和葉劉淑儀議員會面時反映部分公務員診所現時出現閒置及沒有醫生診症的問題。例如，西貢公務員診所設有 3 間診症室，但其實只有 1 名西醫當值，我們也想問為何會這樣。是否因為無法招聘人手呢？還是因為薪酬不足以聘請醫生所致呢？為善用資源，他們建議當局考慮以非公務員合約聘請中醫駐診，並建議當局應考慮向醫院管理局("醫管局")購入現時 18 間三方協作的中醫教研中心的診症餘額，給予有需要的公務員和合資格人士使用。

我相信，推動公私營醫療合作將有助紓緩公營醫療的壓力。例如，現時公立醫院眼科門診新症的輪候時間極長，有病人需輪候 3 年才獲診治。我剛剛下載了"預約通"，希望可以透過這個網上平台輪候專科門診新症。在婦科問題方面，現時除九龍中的醫院外，其他醫院全皆需要輪候多於 1 年，新界西的醫院更需要輪候 2 年，全涉及穩定新症。所謂"穩定新症"，並非指病人身體健康，而是有問題但情況穩定。要輪候兩年才獲婦科診治，是否有點長呢？

有見及此，我希望政府多推動公私營合作，例如醫管局在 2008 年與私家眼科專科醫生合作開展"耀眼行動"，資助公院病人在私營診所接受白內障手術，大大縮短病人輪候時間，由原先的 60 星期縮短至 23 星期，參與計劃的病人反應亦相當理想。為了幫助更多有需要人士，我建議政府擴展公私營醫療協作計劃、津貼新症病人向私家眼科醫生或其他專科醫生求診，讓病人(尤其是長者)把握治療的黃金時間，同時亦可更有效地運用社會資源，減輕公營醫療系統的壓力。

主席，我接着想談談智慧醫療的問題。我留意到，多種人工智能技術在診症方面發展迅速，遙距問診及影像診斷等技術亦日趨成熟，我相信這會有助改善本港醫療人手短缺的問題。我建議政府撥款推出先導計劃，設立以社區為本的智慧醫療中心，以人工智能協助醫護人員進行基本的病徵辨識及遙距診斷，並長遠擴大應用範圍，打破醫療人手不足的限制。

事實上，現時已有大學和電訊商正聯合推行電子健康管理平台的試驗計劃，早前我亦曾聽取他們講解計劃的最新進展。有關計劃主要透過雲端技術和大數據分析，協助長者使用手機應用程式記錄自己的健康情況，包括血壓、血糖指數及其他痛症，而醫護人員、家人及相關社區中心工作人員亦可以監察上述數據，藉此提供更適切的支援。

最後，我們希望政府能增加資源，提供適切照顧，鼓勵長者定期進行身體檢查，建立良好的管理健康習慣。我相信這會有助減輕長者對醫療服務的壓力。

主席，我謹此陳辭。

柯創盛議員：主席，我首先感謝陳恒鑞議員動議"推動醫療改革"議案，讓我們有機會充分討論現存的醫療問題。

主席，我在落區聆聽市民意見或與朋友傾談時，也發現醫療問題其實已成為全城關注的焦點，而病床不足、醫護人手不足、專科門診輪候時間過長及牙科欠缺支援等問題，更早已成為城中"佳話"。我一直認為，如要理順和處理這些問題，醫院管理局("醫管局")和政府自是責無旁貸。醫療體系的僵化，更直接影響市民使用醫療服務的機會和安全性。近年，醫療事故不時發生，實際是與醫護人手緊絀及工作壓力沉重有關。由此可見，倘若醫管局對公營醫療系統管理不善，最終只會令病人、市民及醫護界 3 方面均成為輸家。我想藉着今天這個機會，把我手上這個"大頭佛"送給局長和醫管局的員工，希望他們能深入檢討香港目前的醫療制度出了甚麼問題，而不是"左耳入，右耳出"，或只按其同事草擬的發言稿來回答議員的提問。

主席，公營醫療系統其中一個為人詬病之處，是醫生須處理許多行政上的文件，令他們無法聚焦於執行真正與醫療相關的工作。一如前任食物及衛生局副局長梁卓偉教授所曾批評，在現行的公營醫療體制下，開會文化及官僚作風盛行，他的批評是否屬實呢？據我們觀察所得，他說的是事實。不少醫生告訴我們，他們須耗費大量精神處理文件，但他們可不是專職做研究工作的。確保醫療質素及做好醫療研究，完全是兩回事來的。因此，我希望藉此機會請局長考慮一下，怎樣才可以讓醫生真正專注處理醫療職務。至於一些關乎醫療行政程序的事宜，可否另聘行政人員處理呢？坦白說，假如醫生除了醫治病人外，還要費神處理文件工作的話，最終只會害苦了病人。局長，我們期望局方真的能做到"醫、政分家"。

第二，我想藉這個機會向局長"追數"。局長或許也知道，我上任以來首次提出一項議員議案，正是要求當局改善醫院聯網的問題。大家或許知道，九龍東聯網的各個專科門診的輪候時間均十分長，其各個專科門診的平均輪候時間更是全港之冠。先別說其他專科，我只列舉一例：九龍東聯網病人輪候骨科的最長時間為 117 個星期，即須等

候接近兩年才得見醫生。如此的話，市民即使沒有病，也等到有病，當有病，也須等候良久才能接受醫生診治。局長，可想而知，市民的生活有多苦。希望局長可以就此積極作出回應。

此外，我希望局長能聽取我們的意見，重整醫院聯網。九龍中聯網包括黃大仙區，鄭泳舜議員剛才已指出該區的急症室服務不達標。我也早知其不達標，因為黃大仙區的醫療服務很奇怪，當市民召救護車前往急症室時，會被送往 3 間醫院的其中一間(即伊利沙伯醫院("QE"))、廣華醫院及基督教聯合醫院("聯合醫院")。局長，這張相片是我特地拍下來給你看的，因為我想告訴局長，這正是現今急症室的情況，請局長看看我手上的相片。不論是聯合醫院、議員剛才提及的 QE 及廣華醫院，也是這般情況。我希望局長能切實想出解決辦法，包括透過重整醫院聯網，因為市民能否最迅速使用得到公營醫療服務，視乎當局有否制訂有效的醫院聯網。

至於公私營協作計劃，我知道政府目前已有許多構思，以推動公私營合作，尤其就提供一些基本醫療服務(如治療高血壓、糖尿病等)而言，並透過公私營合作處理新症。然而，局長可否再擴大透過公私營協作所提供醫療服務的範圍呢？我在今年 2 月的立法會會議上提出了一項質詢，促請局長加強公私營協作，她當時的回覆十分中聽，表示會探討更多公私營協作的可行性。我想在此為市民"追數"，由 2 月至今，當局已花了 4 個月時間進行探討，究竟有何進展及探討成果為何？可否告知我們有關詳情，以讓市民感到安心？

事實上，只要做好預防工作，市民定會拍手歡迎。局長是否可以先想辦法改革一下現時衛生署轄下的健康中心？當市民想使用這些健康中心的服務時，須先登記成為會員，然後便可以使用其服務，但如何做到普及化，才至為關鍵。

另外，我想向局長表達市民一些有關本港中醫服務的意見——這亦是很多市民希望我向局長轉達的。現時，我們會倚賴西醫醫治急病，而利用中醫療法調理身子。香港人很喜歡看中醫，包括我本人在內，但事實上，本港目前的中醫發展確實嚴重滯後，發展速度極之緩慢。施政報告提到，政府即將會在將軍澳興建一所中醫醫院，但要待何時才能落成使用呢？這所醫院要到 2024 年才能逐步啟用。請局長環顧一下深圳的情況，深圳開設了一所中醫醫院(即"寶安純中醫治療醫院")，不少市民均表示，他們已開始使用這間醫院的服務。局方可以循這個方向作出考慮，別老是後知後覺，中醫其實在香港擔當着十分重要的角色。我希望當局會研究如何加強各種痛症的護理服務。其

實，民建聯以往曾提出許多建議，可惜這些建議未能一一被局長採納。我真的希望局長能審視我們的眾多建議是否可行。

我餘下的發言時間已不多，但我想告訴局長，香港的醫療問題太多，怎樣數也數不盡。然而，不少市民也十分關心本港醫療系統不足的事實。特區政府作為一個有承擔的政府，不單不應迴避，更不應避重就輕，反而要對症下藥，針對性地解決普羅大眾所面對的醫療問題。同時，我希望局長能帶領醫管局進行改革，多花時間思考並推行相關改善措施。否則，恐怕議員會無休止地向立法會提交同類議案，局長因而須無休止地出席本會的會議，但卻仍然“無貨交”。

主席，我謹此陳辭。

何俊賢議員：主席，我剛才聆聽了數位議員的發言，當中有些反對派議員對陳恒鑽議員作出一些政治攻擊。姑勿論這些議員是真的受傷還是假的，我曾看到有議員從 4 呎高的地方跌落鋪了地毯的地面上，他的眼鏡並未損壞，但其本人被送到醫院時，卻聲稱自己腦震盪，可是翌日早上竟已可以出院往報警。明顯地，這當中涉及政治。然而，我們今天討論的是醫療政策，故不應讓關乎民生的議案與政治扯上太多關係，希望各位議員注意。

醫療政策並非我的專屬範疇，但我亦是使用醫療服務的其中一員，眼見社會上許多不平事，希望藉此機會說出來。民間有兩句簡單的說話，其一是“病向‘淺’中醫”，另一句是“防患於未然”。在以往數年，已不知有多少名立法會保安人員被送到公立醫院去，這些其實是可以防範的，只要我們減少政治爭拗，多討論民生議題，便不會在這數年間，引致數十名保安人員被送到公立醫院接受治療，浪費政府資源。因此，防患於未然是相當重要的。

第二句是“病向‘淺’中醫”。“淺”是指甚麼呢？有人說是深淺的“淺”，但在某程度上，其實也是金錢的“錢”。今天這項議案或許與陳健波議員代表的保險界別有一點關連。我以往曾在本會提及醫療保險的問題：我很喜歡打籃球，而有一次扭傷腳後，我前往診所求醫，希望醫生給我處方一些消炎藥或燙火膏之類，並檢查我的關節有否移位。如病人未有購買醫療保險，只需支付 230 元診金。那一次，當我進入診所後，醫生還沒有正眼看過我——先不討論醫生有否醫德的問題——也不曾檢查我的腳，便說：“行了，沒甚麼問題，你只是扭傷了腳，到外面等候取藥吧。”其後，那位醫生問我有沒有購買醫療保

險，我回答"有"。結果，他那次便收取了我 500 元的診金。究竟醫生是否會因應病人有否購買保險而決定所收取診金的金額呢？

從那一刻開始，我便常常在想：究竟保險是否騙人的？這些醫生是否在騙取病人的保險費呢？各位千萬別忽略這些小事，因為如果我認為他有欺騙我，我便會認為我的保單未必可以讓我在私家醫院中獲得合理保障，而如果無法得到合理保障，我便不會繼續購買醫療保險，而當我不購買醫療保險，最終便會回到公營醫院去接受醫療服務。由此可見，最後也是因為錢的問題，導致由一成人(醫護人員)服務九成人(市民)。

我們已向特區政府提出這個問題多年，但仍然沒有獲得任何答覆。對於特區政府迴避保險的問題，我甚感失望。即使特區政府將來會推行醫療保險退稅優惠，但在未能解決這個根本性的問題前，也未必能真正落實紓緩公營醫療機構人手不足的問題。

此外，一些醫學界人士特地提醒我們，由於立法會的政治爭拗較嚴重，很多時經常撥款的申請均會被拖延三數年，但大家也應明白，現時的高新科技醫療產品，動輒便須花費數千萬元，假設德國推出一部能醫治某種疾病的醫療器材，於是當局到立法會申請撥款購買，第一代的器材原是很好的，經我們花了多年審批申請卻仍未能批出撥款，但到我們終於批出撥款時，有關器材可能已進入第四代了。換言之，我們結果是以高價購買過時的產品。就此，我想問特區政府：政府究竟可否考慮成立一個政府部門購買新醫療器材的專項基金，在經醫學專業部門作預先審批後，便可提前批撥資源，讓有關部門可即時購買到國際先進醫療產品，甚至是由我們國家或香港地區自行研發的醫療產品，追上時代的步伐，讓本地的病人可盡早使用，這樣同樣有助減省政府的醫療成本。

第三點有關興建更多醫院一事，雖然不少人也曾提出這點，但其實最終又得回到人手問題上。"Ann 姐"(即蔣麗芸議員)經常向我提及——我不知道有關數字是否仍然屬實，不知是否有新的人手加入——但我上次所聽聞的，就是本港只有 10 名海外醫生.....是 12 名嗎？原來已增加了兩位海外醫生，謝謝"Ann 姐"提醒。可是，新加坡有 3 000 多名海外醫生，不用提供準確數字，也不計"零頭"了，相對於我們的人手，即使對方減去兩個數位，我們也是望塵莫及。

因此，我希望特區政府會認真考慮，在香港社會處於當前這個求才若渴的年代，即使我們的現行體系經過上次醫委會的改革，但又是

否可以大幅增加 1 個"零"，即是由 12 人增至 120 人呢？我不知道。事實上，不管立法會花了多少時間討論醫委會改革的問題也好，我們總是無法明白的，但在一年後，我們會就今天通過的議案或是"Ann 姐"那尚未通過的議案，以數字驗證，看看究竟是由 12 人變成了 120 人，抑或可多達 1 200 人。

我曾到訪北大嶼山醫院，看到在醫院內放置了很多器材。當時興建北大嶼山醫院時，是購買了數千個大概是量度脈搏用的儀器吧？我不太懂，但這些器材便是給閒置至今，也仍未被使用過，更隨時會過期或過了保險限期，或許最終會被銷毀。為何會這樣呢？原因在於根本沒有人會使用，畢竟，我們現時缺少的，不是器材，也不是土地，其實是人手。

我們爭拗多時，但其實時間才是最重要的。我希望各位立法會議員不要再因任何政治理由拖延處理政府提交本會的撥款申請，而特區政府亦須展示魄力，切實解決政治問題，盡量把民生放在最優先位置。我希望各位市民能聽到我們今天在立法會上的發言和辯論。

多謝主席，我謹此陳辭。

李慧琼議員：主席，若問市民現時社會上最迫切需要解決的民生問題是甚麼，暫時仍是房屋問題。不過，我想告訴局長，我估計 5 年或 10 年後，最迫切要處理的民生問題一定會變成是醫療問題。

其實現時已有很多警號告訴我們，香港的醫療系統出現"爆煲"的跡象，如果政府今天不下定決心、多做工夫，10 年後便要承受今天所作決定的後果。正如房屋問題，今天大家常說樓價高企，土地不足，今屆及上屆政府均十分努力想收復失地，但我們必須承認，有些社會問題如今天不作更長遠的考慮，顧及 10 年後的情況，屆時我們將無法解決到時出現的社會問題。

主席，回頭說醫療問題，其實局長也很清楚現時出現了甚麼警號，我們曾多番討論，立法會議員也曾多番提出。每逢長假期，新聞的頭條報道一定是局長你往訪各大醫院，為何要如此？因為急症室"迫爆"，流感高峰期亦是如此，不同病房均堆滿病床，我也曾前往探病，真的感到慘不忍睹，擔心一旦發生火警時會橫生意外，但難道可以不容許醫院加開額外病床嗎？不可能，因為有此實際需要。此外，專科治療的輪候時間越來越長，這些問題真的不能不正視。所以，

局長真的任重道遠，因為政府和局長今天所作決定，可能影響 10 年後，當香港人口老化問題越來越迫切及人口不斷增加時的醫療系統的狀況。

導致今天香港醫療系統"爆煲"的原因眾多，包括第一，我們必須承認，醫院管理局("醫管局")過去缺乏長遠規劃，這問題議員過去也已多次提及。從數字看，過去 10 年，醫管局居然沒有因應人口增加或人口老化而有系統及合理地增加病床。公道一點說，今屆政府已提出兩個 10 年建院計劃，但真的來得太遲，所以我希望政府可提早啟動 10 年建院計劃，包括第二個 10 年建院計劃，藉以盡快增加病床。

第二，是醫護人手不足，必須增加。可是，無論政府多麼努力，以牙科人手為例，即使推動公營牙科的建議提出多時，仍因人手問題而 10 多年來也無法解決。同樣地，醫科生和護士的問題亦至今仍無法解決。其後，由於香港醫學會不同意輸入海外醫生，導致立法會各黨派包括民主建港協進聯盟也要提出若干方案，希望協助解決醫護人手不足的問題。局長，我想指出即使有病床，沒有人手也是不行，在這方面如何能有突破性思維呢？這實在需要局長帶領社會進行討論。

第三個原因，我認為本屆政府也察覺得到，那就是基層預防性的工作做得太少。正如議案所提及，香港的醫療體系以治療為主，預防工作則嚴重不足。今屆政府也希望急起直追，不過也需要若干時間。

第四，也是我認為很重要的一個原因，是過去多屆政府對中醫的作用和支援後知後覺，以"龜速"發展。主席，我們也知道預防當然勝於治療，而其中一個可行方案是加強中醫扮演的角色。我認為這不但能有助局方突破思維，提供協助，並且有較大空間協助進行基層醫療的預防性工作。今屆政府有就此下工夫，包括興建中醫醫院，以及在食物及衛生局轄下成立專責發展中醫的小組，負責統籌及推動中醫藥的發展。特首也多番強調要促進中醫藥的發展，令中醫在推動公眾健康方面擔當更積極的角色。

不過，主席，從局長負責推行的政策，我未能看到當局如何能協助中醫按特首或社會的期望，真正發揮其應有角色。這可見諸以下數個現象：首先，大家得承認中西醫在香港享有的地位極不平衡，西醫可說是人上人，無論是地位、身份、薪酬均很高，所以吸引了全港最優秀的學生加入醫學院。至於中醫方面，我曾多番告訴局長，由於資

源及配套不足，現時未能吸引成績非常優秀的學生修讀此科，政府對此實責無旁貸。這也是導致中西醫長期嚴重失衡的原因，政府不能推說完全沒有責任。

其次，政府投入的資源亦嚴重失衡，中西醫的資源投入比例可說是 99：1，按早前在事務委員會會議上所說，甚至是超過 99% 及 1% 以下之比，試問這樣又怎能讓中醫發揮作用呢？是否興建中醫醫院，設立 18 個基層醫療中心便能做到呢？我相信不然。如果政府在吸引人才及投入資源方面繼續有這麼重大的差異，我認為 10 年後的中醫發展依然會處於現有狀況，無法吸引人才，也無法發揮其本身的優勢。

主席，我必須強調，我的意思不是說中醫可取代西醫，這絕不可能。但是，在保健、預防疾病、治理某些西醫未必有最合適及最佳方法治療的疾病方面，中醫可發揮很大作用。可是，由於政府的資源投放和吸引人才的措施，中醫現時完全無法發揮其作用。我希望局長稍後可說明她對此有何想法，因為我認為在這方面有很大發展空間。香港現時有 9 000 多名中醫師，以經常說的醫療人手不足而言，是否也可考慮開設中醫夜診呢？*(計時器響起)*

主席：李議員，請停止發言。

毛孟靜議員(譯文)：醫療，又或者醫療改革，這個議題真是耳熟能詳令人麻木。每年我們都會促請政府做好一點，政府就會說："好，我們會盡力做得更好。"然後下一年，情況又周而復始。

我剛才聽到有人說："哦，真糟糕！香港醫生不足，真希望有多一些醫生，我們可以招聘或吸引起碼多些海外醫生來港工作。"海外醫生？他們用政治上的巧言令語，說海外包括中國大陸。我以為香港是國家的一部分，國家怎麼會是海外呢？又沒有海洋分隔香港與中國大陸。你去問香港人會否接受或喜歡讓大陸醫生服務香港市民這個想法，去做一次民意調查，看看結果會怎樣。這個想法十分可怕。

問題是，他們正在實行便利政治。情況就如本地大學的國際學生限額那樣。國際學生？他們當中高達八成來自中國大陸，卻被稱為"國際"，這情況不是奇怪之極嗎？

說回我們的醫療狀況，顯然是每況愈下的，為甚麼？因為這個政府毫無長遠規劃。我不是在責怪個別官員是這樣，而是責怪自 1997 年以來的這個政府。他們看不到大局，樂意讓大陸移民這樣天天湧來。若是為了家庭團聚，本來無可厚非，但他們在醫療方面不會做任何很踏實的工作，結果我們的醫療狀況不單每況愈下，更直陷谷底。

在公立醫院門外，每天有人排長隊久候服務。這情況真是司空見慣，我們也談論了幾十年。先談牙科護理服務，我挖掘了一些關於牙科服務的資料。再來看看老人家每天早上在公共牙科診所外面排隊吧，他們從早上 7 時 45 分便開始輪候。你會想，至少他們可以排隊，對嗎？但是他們會得到服務嗎？

我們共有 39 間公共牙科診所，看來主要為公務員及其家人服務，每星期只有 11 間開放一兩天給看門診的市民。看到嗎？這些牙科護理名額多麼珍貴？他們會說："對，我們注意到此情況，我們會做得更好。"怎樣更好？6 個月後，他們回來，我們繼續重申這種對適當牙科護理的需求，我們的老人家尤其需要。"哦，對，我們知道的、我們知道的，我們會做得更好。"這回應真的越來越那麼馬虎，近乎沒有意義。

這個政府以為可以暗地裏搞東搞西，粉飾事情。我們的高官會巡視公立醫院，在麥克風前擺出笑臉，告訴人們一切很好，或越來越好。但事實真的這樣嗎？

現在，大多數市民傾向認為政府辜負了港人期望。我們是納稅人，而政府有責任和義務為社會大眾提供適切的醫療服務，所以我們既是病人，亦是消費者，不是嗎？

當然我們也明白到，歸根究底，問題在於前線。先談護士，政府其實有否關注護士的投訴？護士會說："我們正在高傳染性流感的高峰期工作。"他們說正持續增加病床，但沒有額外人手。那麼，一個護士要在醫院走廊東奔西跑，她在工作上還有何發揮？醫生呢？醫生說他們需要減壓，壓力總是有增無減。這是關乎醫生和病人生死的問題；他們可能面臨訴訟，他們可能會面對一生的歉疚。那麼，我們在這方面正在做甚麼？官員會說："我們會嘗試改善情況，但願奏效。"

楊岳橋議員：主席，我相信今天陳恒鑽議員提出這項議案的初衷，都是從善意的角度，希望喚起大家討論，如何改善香港醫療改革及整個醫療系統。但是我注意到，議會內同事之間有不必要的指斥，包括剛才有些來自建制派的議員對民主派作出不具名的指控，我認為那些是不公道、不實，亦不應該在議會內提出的；他們明明眼睛已看到有議員受傷，也不施予任何同情，我認為這是錯誤的。

主席，關於今天的討論，我相信醫院管理局("醫管局")是今次整個題目最重要的一環，因為醫管局自 1990 年成立至今，差不多已有 30 年的時間，對於這麼龐大的機構，一個主導香港整體醫療系統的機構，其實我們需要認真審視整個制度本身是否完美無瑕？答案當然不是。三十年來累積的問題是非常多的，與其我們在此討論其他枝節，其實我們真正要做的，可能是對醫管局施手術。這個為市民施手術的制度本身也應該接受手術。

主席，我在說甚麼呢？當然醫管局成立的初心，是希望由行業內的人領導行業內的人，當日成立醫管局的目的，是不希望由政務官這些完全不懂得醫療的人士管理醫生如何做事，我相信這初衷沒有問題，主席。而實際上，醫管局成立之初是有效地運用資源，成功解決當年，即 1980 年代積累的醫療問題，令香港人相信，可以告別帆布床的年代。我相信醫管局開始時的確能達到這功效，亦能給予香港人這份希望。

不過，可惜的地方是，多年後，只剩下甚麼呢？我們看見機構龐大腫脹；我們看見中高層管理人員不停地增聘人手；我們看見醫管局的同事也增聘大量非醫護的人手來協助他們的行政工作，我們更看見本來應該在前線負責開刀的醫生被迫成為管理層.....其實，他們未必是被迫成為管理層，可能我要恭喜他們獲得晉升，但基於他們晉升成為中高層的管理層後，他們要處理文件，告別前線的手術枱和病床，他們反而留在寫字樓，做其他管理工作。這些情況當然沒有人希望看到。

主席，或許我們應該這樣說，我相信每名醫生都不想告別前線，除非他們真的很不喜歡自己的工作。但是，我覺得人手錯配或人手不能夠得以善用，這才是問題的核心所在。或許這些是今年年初，當爆發流感高峰期時，這麼多醫生怨聲載道的原因，正因為他們本來想做的工作無法做，有很多應做的事情，無論是見病人、施手術等應做的

事，他們無法做，卻要花時間在其他事項上，例如寫文件、交報告，以及今天有其他同事提及的出席會議等。

政府的角色是甚麼？政府負責代表納稅人向醫管局提供資源，而當政府不能有效地令醫管局重回正軌，做回它應做的事時，我們當然要向政府問責，我們亦當然要求政府須真正面對現時醫管局內部的問題。

另一點我認為需要特別提到的是，政府對於醫管局的撥款上的態度。我希望特區政府理解，醫療固然是特區政府其中一項最重要、最龐大的開支，這一點毋庸置疑，主席，但我希望特區政府亦明白，這固然是一種負擔、是一項支出，然而，同時這也是一項投資，是投資在香港人的健康上。如果政府可以在前期的工作上，令香港人的小病得以醫治，香港人後期便不會患上更多疾病，我相信大家也同意這點，局長也完全明白。

但是，我們也注意到，政府由 2000 年開始削減醫管局的資源，而在 2003 年和 2004 年，由於香港經濟不景，我們當然明白政府要節流，但及至 2005 年和 2006 年，政府卻仍然繼續節流。我說出這段歷史，是想帶出這在於政府的態度問題。當經濟重回正軌時，為何政府仍然要削減醫管局的資源？以過去數年來說，我們看到今屆政府固然對醫療投入很多資源，但這方面究竟能否繼續維持？究竟特區政府在理財新哲學下，對於醫療究竟有何想法？我相信就這些問題，特區政府有責任很清晰地交代。對於金錢與病人的關係，這不單是政府純粹提供金錢來醫治病人，或向市民提供最基本的醫療服務，而是如何做到未雨綢繆。我相信如果局長有時間，應就這點多加闡述，究竟她有何看法？

此外，局長也非常清楚知道現時前線醫生怨聲載道，而這不單是與他們的工作壓力有關。他們的工作機會當然很多，因為有太多工作，無論如何做也無法完成所有工作；但對於醫生沒有足夠的休息，沒有足夠的時間讓他們做回他們應該做的工作，我認為局長應正視這點。同時，我亦希望局長能夠給予前線醫生最大的支援。我相信沒有醫生不喜歡自己的工作，既然他們身處前線，他們便希望真的能夠花時間在病人身上，但為何今年，踏入 2019 年，我們看見這麼多醫生充斥着怨氣？我相信這不是金錢的問題，而是如何加以改善他們的工作環境的問題。

最後，餘下少量的發言時間，我希望局長了解香港已經進入老齡化的社會，我們如何針對這點，盡快增加足夠的資源？同時，我們要改變我們的思維，因為對於長者和有需要的人士，其實這已不是簡單的回報或如何節省金錢的問題，而是如何令長者在進入人生最後階段時能得到適當的照顧。

我謹此陳辭。

蔣麗芸議員：主席，我首先感謝陳恒鎮議員今天提出這項有關醫療改革的議案。

眾所周知，香港人口不斷增加，但相對而言，公營醫院的醫生比例卻不斷減少，令病人的輪候時間不斷延長。我最近接獲一宗求助個案，有一位市民需要向眼科醫生求診，但卻獲告知須等候 169 周，即 3 年 3 個月，他很擔心等到眼睛瞎了也未能見到醫生。由此可知現在香港病人的輪候時間，特別是輪候專科治療，已去到一個多麼緊張和不合理的地步。

主席，最近立法會非常關注本港癌症病患者的情況，故此成立了支援癌症病患者事宜小組委員會作出跟進。我們發現任何人如懷疑自己患上癌症，現時要等候兩三年才有機會接受磁力共振掃描。他們有機會在等候期間，由原本屬早期或有九成機會治癒的病患，經日復一日的等待而演變成末期病症，甚至無法醫治。近年每年約有 3 萬多宗癌病新症，死亡人數接近一半。我有時不禁會想，假如他們能及早接受治療，是否不致死亡呢？

公營醫院病人太多，以致醫生工作非常辛苦，工時亦很長。根據 2015 年由香港中文大學所進行有關超時工作及通宵候召對公立醫院醫生影響的研究，公立醫院醫生平均每周須工作 61 小時，真的是醫生又苦，病人又苦，局長你又何苦？

現在護士和病床亦短缺，但當局訂有兩個十年醫院發展計劃，共可增加接近 15 000 張病床。至於護士方面，據我所知，局長正千方百計增加每所醫院的護士名額，而香港亦有足夠能力培訓更多專業護士。但是，在醫生方面，大家也知道現時兩所大學的醫學院名額已經爆滿，因此，增聘海外醫生是否可以紓緩現在的情況呢？

現時最關鍵的問題是醫生人手不足，所以民建聯就增聘海外醫生提出一項私人條例草案。但是，有人認為我們提出的法案不能保障醫生質素，海外醫生未必能達到我們的要求，香港培訓的醫生始終較為優勝。因此，主席，我製作了這塊大型說明板，在此告訴大家如何能成為一位醫生。

成為醫生的最基本要求是獲得香港醫務委員會("醫委會")認可，在醫學院畢業，以及完成有關實習，基本途徑有三。第一個途徑是本地培訓，亦即考入本地醫學院肄業，這樣便無需考本地執業試，可在畢業後未經實習，也無需有臨床經驗，成為本地培訓醫生。

第二個途徑是可稱為海外醫生的海外人士，但他們無須一定具備海外註冊醫生的資歷，只要在海外畢業後來港應考本地執業試，然後實習 6 個月或 12 個月，基本上便可成為本地註冊醫生，無需特別具備一定的臨床工作經驗。

第三種是所謂的海外有限度註冊醫生，他們除了須獲得醫委會認可其醫學院畢業和實習資格外，也要具備海外註冊醫生資格、臨床工作經驗，還要應考本地執業試，在醫院管理局("醫管局")工作 3 年後免實習成為醫生。

所以，主席，在這種情況下，對於這些已有臨床工作經驗，每天在醫管局為市民服務，為病人打針、判症、動手術的醫生，是否仍要規定他們重新應考本地執業試？這是否公道？

因此，民建聯認為應放寬對這類醫生的要求，因他們已擁有專業資格，實無須再應考本地執業試。我們的方案即將提交主席處理，希望主席早日批准，讓我們有機會在立法會進行辯論，為香港市民爭取建立更公道的醫療制度。(計時器響起)

主席：蔣議員，請停止發言。

蔣麗芸議員：多謝主席。

鄺俊宇議員：主席，我們今天討論題為"推動醫療改革"的議案。我相信正在觀看電視直播的市民、局長及議員皆深明，香港現時的公營醫療服務確實瀕臨崩潰，醫護人員怒氣沖天，醫護人手不足的問題為我們敲起很大警號。究竟政府應該如何透過改革及政策，讓資源真正到位，從而改善公營醫院的情況呢？

在我搜尋資料期間，我找到今年年初《東方日報》曾進行的一項調查，我認為頗值得我們了解一下。除了議員今天不斷討論應如何增加醫生的問題外，該調查亦帶出另一個問題："政府給予醫管局經費年年加，十年內增加逾三百億元，但無用於前線，有何評價？"有四成多受訪市民表示"資源錯配不到位"。

我的發言想以"資源錯配不到位"這問題作開始。事實上，單從數字可見，醫院管理局("醫管局")過去多年來獲得的經費確實不斷增加，由 2010 年的 327 億元增至 2018 年的 641 億元，增幅接近 1 倍，而醫生數目亦由 2008 年的 5 058 人增至 2018 年的 6 336 人。不過，大家要留意，前線醫生的數目過去 10 年依然維持在 2 300 人。為何會這樣呢？

醫管局或政府應思考如何挽留醫護人才。最低限度，大家要明白，對照公私營醫療系統，願意留在公營醫療系統的醫生或醫護人員是十分值得我們尊敬的。主席，他們真的很辛苦地工作，從我們接觸的不同個案，以及前線醫護人員向我們反映的意見可見，他們願意留在公營醫療系統已是一種犧牲，因為他們大可離開公營醫療系統加入私營醫療系統工作，前途一片光明。那麼，為何他們要留在公營醫療系統呢？

事實上，不少基層市民會使用公立醫院服務。大家應該仍然印象深刻，今年年初醫護人員發起了一次遊行，他們的數項訴求其實很卑微，我相信局方可以考慮並能落實，例如"暫停一切非必要的行政措施及彈性處理護理文書工作"、"增加人手，豁免特定懷孕周期/年齡組別值夜安排"、"在流感高峰期時須'加床加人'同步進行"、"按人手指標計算護士人手需求"、"重設 16.5%現金津貼及跳薪點"、"增設顧問護師，規劃護士診所"、"訂立一專科至少一名顧問護師"等。對於這些訴求，局方及政府在行政上是否真的無法落實呢？還是，他們可以略盡綿力，進行調節呢？

我們今天討論如何紓解公營醫療前線人員的壓力，而使用公營醫療服務的其實大部分是基層市民。如果政府無法解開目前的死結，我

們便會非常擔心未來的情況會否惡化至返魂乏術的地步，以致我們皆不知道該如何拯救整個醫療系統。

我剛才提到的調查的問題之一，是經費明顯有所增加，但為何"無用於前線"呢？除"資源錯配不到位"外，市民還認為是由於"政府監管不力，視而不見"及"管理墨守成規"所致。我們批評整個由上而下的監管機制有不足之處——這機制當然可以減輕成本——但有一點確實值得我們深思，便是現在的問題是缺人不缺錢。政府早前才豪擲5億元支援前線醫護人員，但這筆錢能否真正用於前線醫護人員身上呢？當局早前被批評花錢給他們購買魚蛋小吃，整個畫面讓人質疑管理層是否彷彿置身於外太空般"離地"。如果局長真正下定決心，希望能夠感受前線醫護人員的壓力，便應想辦法改善。

我知道局長過往曾視察前線醫護人員的工作環境，並認真聆聽他們的意見。要推動此事或移動這顆大石，不能單靠局長一人之力，要依靠整個團隊聆聽前線醫護人員的意見。要應對缺人不缺錢的問題，局方應研究如何提升醫護人員的待遇、減輕他們的壓力，令他們心甘情願留在公營醫療系統。我相信，醫管局及政府仍有很多工作可做。

事實上，對於醫療系統或醫療改革的問題，我實在難以在短短7分鐘的發言時間作全面闡述，但目前確實有太多"近火"需要撲滅。正如我剛才強調，前線醫護人員壓力"爆煲"，以致要發起遊行，但他們的訴求卻是如此卑微，我真的很希望局長稍後回應時可以說明如何能透過行政措施進行調節，以回應前線醫護人員的訴求。我亦想強調，現時前線醫護人員的士氣真的很低落。士氣問題並非單靠花錢購買小吃或提供一些服務便能解決。如果前線醫護人員士氣低落，他們便會越做越灰心，局方根本無從進行改革。

歸根究底，當我們檢視資源的問題時，既然當局有撥款及撥出資源——且讓我呼應發言之初的問題——為何資源不到位呢？雖然有撥款，但為何無法用於前線人員身上呢？為何無法用於應該獲得撥款的人的身上呢？為何不分晝夜地工作的前線醫護人員會批評局長和局方，說道數以億元計的款項完全無法用於他們身上，以致他們仍然要面對一疊比他們身高還要高的檔案呢？為何在專科服務方面，市民即使輪候多年也不知道何時才能安排下次覆診呢？

缺人不缺錢，才是現實問題，我希望局長能夠深思。

我謹此陳辭。

葛珮帆議員：主席，香港醫療系統已經"爆煲"，推動醫療改革刻不容緩。我們在地區工作收到很多醫療方面的投訴，市民經常要等、經常被拖，長者有骨痛、腳痛，要等兩年才第一次獲診症；父母發覺小朋友行為有異，社工亦建議見精神科，但由於不是即時有自殺問題，所以要等兩年半才首次獲診症；內科和專科的輪候時間，2011-2012 年度要輪候 31 個星期，2016-2017 年度要輪候 57 個星期，而 2018-2019 年度更要輪候 63 個星期。

等、拖的情況令患者病情越來越嚴重，我們未能做到"病向淺中醫"，現在情況更趨嚴重，跌入惡性循環。香港 20 年來未有興建過一所大型全科醫院，現時只有 32 000 張病床，但病人迫爆醫院，病房通道長期加床，已經變成常設的病床，病床佔用率更長期超過 100%，工作環境十分惡劣。

香港醫生不足，要培訓一名醫生需要 6 年至 13 年，但面對退休潮，醫護人手大量流失，私人市場又向公營醫院招攬人手，護士工作非常辛勞，怨聲載道。政府建議把病人分流往私營診所或醫院，推出公私營合作自願醫療保險。局長，其實這樣亦會增加私營醫院及診所的需求，結果他們又往公營醫院招攬人手，惡性循環不斷。

面對這些嚴重問題，社會沒有充分討論，議會內外經常面對一些政治化的說法、不對焦的研究和討論，甚至是口號式地把罪名推給新移民。其實，有 80% 新移民在 40 歲以下，只有 6% 在 55 歲以上，他們根本不是對醫療服務需求最高的一群人，只是我們把責任慣性推給他們，加上部分醫生抱着保護主義，反對引入合資格的海外醫生，種種原因都令醫療問題一直未能解決。

其實，面對市民生死攸關的問題，無論是政治、專業自主、個人政治取向等，都不可以凌駕於港人的民生福祉。我們應該理性解決問題。要解決問題，我們必須大刀闊斧，局長，我們要大刀闊斧地興建醫院，我們要大量增加醫護人手，我們要制訂全面的人口老化政策，才能解決這方面的問題。

醫科學生的學額在 2002-2003 年度由 330 名減至 280 名，2009-2010 年度又增加至 320 名，但數目仍未及以前，到了 2016-2017 年度，政府看到沒有足夠醫生，就把學額增加至 470 名，但根據香港人口比例，其實我們每年最少要訓練 900 名醫生，政府何時會再增加學額呢？即使我們現時每年培訓 470 名醫生，他們也要在 6 年後，即 2022-2023 年度才能投入服務。如果要更多專科醫生，更

要等至 2029-2030 年度。主席，怎樣辦呢？所以，我們沒有其他辦法，一定要想方法引入合資格的海外醫生來港服務，尤其是專科醫生。

所以，民主建港協進聯盟提出了私人條例草案，希望可以針對性地吸引在海外讀醫的香港人，他們全部都是香港人，只不過去了海外讀醫科，他們大部分都是工作了十二三年的專科醫生。現在，他們只能以有限度註冊來香港服務，我們希望他們註冊後並在香港的醫院服務滿 5 年，便可以免試繼續留港服務，藉此吸引更多醫生來港。據我們所知，現時已經有數百名這類屬香港人於海外畢業的醫生願意回港。

同時，我們亦需要大量興建醫院，建造一間醫院需時 15 年，但我們需要大量病床，現時香港只有 32 000 張病床，加上 5,000 億元兩期醫院建設計劃，也只能增加 9 000 張病床，面對人口老化，我們在未來 15 年需要增加 16 000 張病床。主席，如果政府現在不落實興建醫院，我們在 10 年後沒有新醫院，15 年後也不會有新醫院。

預防治療是非常重要的。疫苗方面，HPV 疫苗、流感疫苗、麻疹疫苗，都弄到一團糟。早期篩查方面，我們爭取乳癌普查多年，至今仍未做到。體檢方面，我們認為全民都應該有體檢退稅，希望政府可以考慮。飲食習慣、生活習慣、健康資訊等現時仍然不足，我希望政府可以推動市民實踐健康生活。中醫可以治未病，講究養生、調理、保健，都是一些好方法。政府可以加強基層治療和家庭醫生治療，增加長者院舍和護理員，在整個預防治療上做更多工夫。

我想談談的另一方面是善用科技。政府應該大力投資、推動智慧醫療和智慧安老。我自 2003 年 SARS 後，一直推動在醫療範疇善用科技，所以我大力推動電子病歷。雖然電子病歷有好處，但今天不進則退，醫院管理局("醫管局")仍然未能善用科技，我很希望醫管局和整個政府都可以利用科技，為醫護和照顧者減壓，減輕他們的勞動，減省一分力得一分力，省得一秒得一秒。

現時有 AI(人工智能)可以作遙距診治，解答基本的醫療問題，讓市民可以居家安老，減低醫院的壓力。我們在杭州已看過這類示範，我亦向一些 NGO(非政府組織)努力推動智慧院舍，希望長者能夠在家居和院舍安老，減輕醫護人員、前線員工的工作量，提升工作效率，這才是真正解決香港醫療問題之道。醫療改革刻不容緩，(計時器響起)主席，我希望政府做.....

主席：葛議員，請停止發言。

區諾軒議員：關於"推動醫療改革"的議案，我聽了很多議員的發言，我也想點出兩個問題，因為我們不正視問題，問題只會延續，而且難以解決。

第一個問題，正如很多議員所說，現時是有資源的，甚至有醫院和設備，但沒有人使用，因為醫生和護士不足。究竟本地的教育體系，還有沒有條件擴張培訓醫生和護士呢？這方面十分重要。我們一直批評香港的大專學位，與世界其他國家相比真的差天共地。為何一個如此發達的城市，我們的學士學位比其他很多地方少？

針對不同的需要增加人才培訓，是一個十分基本的理念，但我們培訓醫生和護士的大專學額捉襟見肘，如果問題一直不解決，最後便要回到近數年經常爭拗的問題，就是應否引入海外醫生。根本核心問題在於，本地醫科生和護士培訓還有多少擴展的空間？如果可以擴展培訓，政府有甚麼辦法增加他們的人數呢？

此外，是人口規劃的問題。為何人口規劃的問題如此重要呢？我們在多次辯論中也提及要增加興建設施。我認為有很多研究也做得相當好，例如陳沛然醫生早陣子進行的調查，統計自 2003 年至今 10 多年增加的病床數目。很可惜，我要告訴大家，2003 年的病床數目是 29 539 張，但現在只是勉強有 3 萬多張，沒有顯著增長。為何 10 多年來，病床數目沒有顯著增長？

根據陳醫生的調查，這與 2000 年至 2012 年間沒有新醫院落成有關。正因如此，今天很多議員的修正案提及《香港規劃標準與準則》，雖然我經常認為這個準則只是一紙空文，很多需要符合的標準根本也無法達標。我們現在的標準是，每 1 000 人應該有 5.5 張病床。面對未來有多少病床的問題，當然越多越好，規劃得越好，情況便越好，但更重要的是，要因應人口變遷作出適當規劃。政府不是沒有做，但卻沒有考慮在未來 10 年、20 年，如何配合人口政策作出相應醫療規劃。

很可惜，藍圖亦不是沒有缺憾的，即使葛珮帆議員剛才亦有提及，我們不應該事事推卻在新移民身上。不過，我們也要明白，香港是沒有單程證審批權的，正因為這樣的背景，導致出現很多人口流出和流入的爭議。如果我們能夠控制整個人口規劃，控制如何流入人

口，如何做好外地或國內人士來港工作，再分配本地公立醫院的資源，做好未來 10 年、20 年的規劃，便不會出現當下醫療系統"爆煲"的問題。

我認為有些討論是今天比較少提及的，例如郭家麒議員提出修正案，要求推出第二個十年醫院發展計劃，我認為政府應該想一想，如何就這方面做得更好，避免再出現今天面臨的問題。

最後，剩餘少許時間，我想作少許回應。有時候，我們在議會爭辯未必十分有意思。何俊賢議員說民主派議員在立法會財務委員會"拉布"，所以沒有醫療資源。我正正想指出，范國威議員最近提出，要求將數間醫院的擴建撥款調前審批。我相信不同政治陣營的議員也看到醫療問題的嚴峻性，所以不要再就這個問題互相推卸，否則我也可以讀出這個社交網站貼文的。

我今天一開始看到陳恆鑾議員提出原議案，便想讀出這個貼文，我用最後 1 分鐘發言時間，讀出"HA Secrets"的貼文，讓陳局長看一看現時公營醫療系統前線人員有多大壓力。該貼文說，"#9026：我喺瑪麗急診室做護士，見到陳恆鑾扮受傷叫救護車睇急診覺得非常憤怒！當日佢根本無事！我哋忙到無時間死！請你陳恆鑾去其他地方搞政治！唔好濫用急診室同救護車。"

當然，對於陳恆鑾議員當天前往驗傷，這位前線同事感到十分憤怒，但我也考慮到，即使我用很多時間來討論這件事，我們仍然要面對一個嚴肅的問題，便是在未來 10 年，如何避免醫療系統再次"爆煲"，所以規劃是必須做好的。我謹此陳辭。

莫乃光議員：主席，我今天中午 12 時多才回到立法會，其實是因為我今早到醫院管理局("醫管局")出席其資訊科技服務管治委員會的會議。我在此申報，我現時與醫管局有這種關係。

其實我想就今早聽到譚文豪議員提出的一點發表一些意見。他提到目前醫管局大會成員中，只有盧偉國議員一位立法會議員。其實我於 2004 年至 2010 年期間曾出任醫管局大會成員。我記得當年不論醫學界的議員或衛生服務界的議員均是醫管局大會成員，基本上，這是當年一個傳統。雖然當時我不是議員，但仍有幸為醫管局服務。在梁振英擔任特首後，我們的確可以見到，有關委任醫管局大會成員的問題變得非常政治化。

事實上，擔任醫管局大會成員沒有甚麼利益可圖，而且，據我了解，不論任何政治背景，很多人在當出任過醫管局大會成員後，對醫管局都多了一份理解，並更有心繼續支持醫管局的工作。我離開醫管局，轉眼已差不多 10 年，但我仍一直繼續在醫管局內外給予它協助。如果醫管局在任何政策上需要支援，我會有多一份了解，為他們爭取。所以，我希望局長將來委任或建議醫管局大會成員時要不分派別。實際上，我們現時有很多屬於醫學界的議員。李國麟議員比較不好說，因為他已當了 20 年議員，難道讓他擔任醫管局大會成員 20 年嗎？他其實也擔任過醫管局大會成員一段長時間。至於其他屬於醫學界或其他專業界別的民主派議員甚至選委，局方真的要予以考慮。

說回醫管局各範疇的表現，特別是資訊科技範疇，我要指出這是其中一個他們做得比較好的範疇，當中很多方面的確已達至世界水平，但當然，老生常談的一句是：“不進則退”。我們去年看到新加坡公共醫療系統發生私隱失竊事件。我曾向新加坡查詢為何會發生這件事，亦曾詢問香港有關方面的人員——包括醫管局的朋友——其實香港會不會發生新加坡的情況。我不會在此談及太多技術層面的事宜，總之，以我的理解，其實在設計或應用上，香港整個系統都做得比較好，這是值得我們讚賞的。當然，醫管局以往曾發生私隱外泄的事件，即 USB 記憶體失竊、遺失的問題，而我當時是醫管局大會成員，看到他們如何重新做好培訓工作，最後問題亦得以解決。

讚賞過後，我亦要談談可能有問題的地方。今早醫管局的會議上，各成員提到有關將來發展智慧醫院的工作。其實就這方面來說，醫管局比很多外國城市確是較慢才起步，有些委員指他們現正研究外國的做法，例如以色列。醫管局這幾年的資源的確有所增加，但我們亦看到人才實在難求。大家一直建議增加醫生、護士等醫護人員的人手，不過，其實 IT(資訊科技)人員亦同樣難求，醫管局亦說現時發展的最大瓶頸是聘請不到有關人手，連將工作外判出去也未能成事。

當然，這個問題不單出現在醫護界，各個行業亦可能面對同樣的情況。大家都談未來數年醫護界面對的壓力，但在這種情況下，我們亦看到其實醫護界 IT 人手的壓力亦越來越大，因為未來還要進行電子病歷系統第二期的工作。其實這並非醫管局的工作，但卻由醫管局的 IT 人員替衛生署做這項工作，甚至現時衛生署獲撥款數億元建立的那些系統——局長應該都知道，所以她在笑——也是由醫管局幫助做相關工作，那即是說，是由下級為上級解難。這沒有問題，因醫管局人員有相關專業能力，而且，我相信，他們大部分都想做有關工作，但他們的壓力卻越來越大。我提出這意見是希望當局在資源分配時

——雖然近年醫管局獲得的撥款有所增加——特別在人事方面，向醫管局提供更多資源，令有關人員未來承受的壓力得以減少。

再者，過去 20 年來，不論是 CMS(臨床管理系統)，抑或是電子病歷系統的發展，我看到有"向上"和"向下"兩方面的問題，而醫管局對此其實未有足夠的關注。我先說說"向上"方面，即技術上，更 high(更高層次)的技術，例如有議員提到人工智能、利用大數據進行分析，甚至遙距醫療等，這些方面真的是.....可能醫管局過去太忙，需要專注在醫治病人方面的工作，所以，在這方面仍採用舊方法，對新方法的關注確有不足。

近年，一提到大數據，便會引起很多人對私隱相關問題的關注。我曾與學術界及業界的公司——包括本地及海外的公司——進行會議，討論如何幫助他們利用這些數據進行研究或改善醫療服務。據我所見，目前的做法的確仍比較保守，但這當然是有理由的，因為大家不想出現大型或小型的私隱失竊問題。如果我們好好利用醫管局過去在資訊科技方面做得好的地方，配合香港現時發展創科的機會，那不論是商機、研究機會或改善服務等方面，學術界及業界的公司均會發現有很多機會。

至於"向下"方面，我記得每逢政府談開放數據，有一個問題一定會被首先提起，那就是市民投訴拿取籌號需時。很多醫院診所的系統都是互不相通、互不配合的，這並不是市民想要的。我希望醫管局將來分配資源以處理這方面的工作時，能顧及市民所想要的，增撥多些資源在有關地方。

最後一點，我聽到很多初創公司表示難以獲得醫管局垂青。這些公司有許多設於科學園或其他地方，它們指醫管局不肯作出嘗試，即使有時它們可以申請政府提供的資助，但.....可能因為過於繁忙或是其他原因，醫院進行測試的速度較慢。我認為這方面亦應加以改善。我還是老話一句，香港其實有很多發展創科的機會，我希望當局不要浪費。

張超雄議員：主席，醫療是最基本的民生議題，而我們最重要去看的，就是政府究竟想把醫療放在甚麼位置，究竟是想把它繼續推向市場化、商品化，看看如何把醫療變為企業，作為經濟發展的一部分，抑或是想把它主要作為協助市民維持及推動健康的重要民生、人本服務。

香港曾經作為殖民地，我們可以說是相當幸運，因為承傳了英國相對以較社會主義的角度，把公共醫療作為主要提供醫療服務的資源。在全世界中，英國確實是一個較早便實行全民退休保障及全民醫療制度的國家，而香港在使用這套制度後，事實上，不論在過去或現在，我們也可以說是有一套相對廉價的醫療服務，而且更是一套整全的醫療服務。絕大部分市民當有醫療需要時，可以在公共醫療系統中嘗試獲得治療，亦因應本身的需要，得到適切的醫療照顧。

不過，我們過往其實也不斷受到壓力，就是說要把醫療市場化，而曾蔭權便把醫療服務變成六大產業之一。大家也知道醫療服務在這些政策下，受到甚麼影響；例如當時政府認為產科這項龐大服務，可以變成企業或重要產業，結果香港便中門大開，造成我們的人口結構突變，出現了很多"雙非兒童"，造成當時的產科人手問題、教育問題，之後亦有很多的後遺症。即使現時情況已有改善，但我們今天其實仍然面對相關問題。如果大家到私家醫院，會看到很多客戶也是從大陸來港，亦由於這情況，私家醫院便是"長做長有"的，而這亦會構成公立醫院的壓力，兩者其實是相連的。

老實說，現時香港從本地生產總值("GDP")中投放在醫療上的部分，有接近一半是用於私家服務、另一半則用於公家服務。政府經常說出現失衡情況，需要取得平衡，好像想告訴市民公立醫院的負擔太沉重，所以大家要盡量轉到私人市場，如果有病痛，便請到私人市場解決吧，這樣就會變成"有錢有藥醫"，但這正正便是一項重大問題。就我們的中央藥物名冊、公立醫院提供的服務，不論是專科、急症或病房服務等，現時全部也是"排長龍"、"迫爆"的，這便是關乎我們如何就整套醫療服務定位的問題了。我們究竟是要把醫療服務作為一項商品，抑或政府是有責任為市民提供基本醫療服務呢？

我並非想反對市場化，我也不是一名共產黨員；不過共產黨現時也不走共產主義了，黨內走資本主義道路的情況更相當厲害。我不是共產黨員，我同意某些服務應該要有一個市場位置，但當談到醫療、教育這類人本服務時，市民亦應該得到基礎照顧，而醫院管理局("醫管局")現時便是在盡力做好對市民的基礎照顧。然而，醫管局這方面的服務卻是在不斷下滑、被侵蝕，而且質素更是不斷下降的，這就是由於政府沒有清晰的理念；或者政府是有理念的，但卻不願說出來，其背後正正就是想把醫療服務繼續推向市場化，以致很多不太富有的大眾，要面對越來越困苦的情況。

其實，如果想玩一個零和遊戲，起初每年可能需要約 500 億元撥款，而現時需要超過 600 億元撥款，但對於醫療需求及今天的醫療科技發展而言，便是遠遠追不上的。如果問：香港是否付不起這筆錢呢？也不是的，郭家麒議員也說得很清楚，相對於全世界，我們投放在醫療上的 GDP 百分比便是相當低的。即使我們前往台灣，看到當地的健康保險也比香港前衛得多，所包括的服務和醫藥也較我們充分，當中包括提供很多罕見病藥物和癌症藥物，又或會有大幅度的津貼，病人只須支付一小部分藥費便可以，亦不會造成“有藥無錢醫”的問題。

我們現時經常要面對醫管局(HA)這頭大怪獸，它是全香港最大的公營部門，但現時卻要“限米煮限飯”，因為它需要面對 700 萬人的醫療需要，每當看到一些昂貴藥物或醫療方法，它便會很躊躇。所以，其實整個制度也需要改革。在短期內，我們建議先撥一項基金以應付最急需的癌病和罕見病，然後在中期需要進行體制改革，把醫管局民主化及下放權力，讓更多病人和基層團體能夠參與，做好基層醫療，這才是正確的方向。其實，香港兒科醫學會曾向政府遞交了兒童健康政策建議，但經過兩年後，仍然是音訊全無的。現時的政策全部也是由上而下，但政府的規劃做得不好，理念又不清楚，在“限米煮限飯”的情況下，很多較貧窮的人便會吃虧(計時器響起).....這便是問題所在了。

主席：張議員，請停止發言。

主席：陳恒鑞議員，你現在可以就修正案發言，時限為 5 分鐘。

陳恒鑞議員：主席，我首先感謝麥美娟議員、李國麟議員、陳沛然議員、郭家麒議員、黃碧雲議員及朱凱迪議員就我的原議案提出進一步的意見，豐富了我議案的內容。

首先，我想回應麥美娟議員的修正案。她主要是建議醫院管理局("醫管局")減少利用中介公司聘請醫護和支援職系人員，逐步改由醫管局直接聘用，從而確保質素，並着重基層醫療的發展和對慢性疾病患者的照顧，對於這些，我是非常同意的。

李國麟議員提出簡化現行的醫療轉介制度，他的出發點其實沒有錯，亦可以為病人爭取時間，減少折騰。可是，假如由支援醫療職系

的專業人員直接轉介，會否令目前人手已十分緊絀或正有甚多候診者的專科的輪候隊伍進一步加長？或會否令一些普通科門診已可以處理的病人因轉為輪候專科診治而在輪候過程中令病情加劇呢？這些有待我們進一步研究，因此我們會投棄權票。

至於陳沛然議員的修正案，提出不少有關如何解決醫管局管理不善及檢討醫護人員編制方面的建議。不過，他刪除了原議案有關"師徒制"的內容，但卻沒有就此在其發言中作進一步解釋，對於他刪除我建議的"師徒制"方面，我有所保留。

郭家麒議員的修正案則補充了我的原議案中未有詳述關於醫管局內部行政存在的問題，亦帶出本港現時公立醫院的病床數目、公營牙科服務及精神科服務嚴重不足的問題。然而，郭議員在修正案中建議取消醫管局的藥物名冊。我們也認為藥物名冊有需要改善之處，但若取消了藥物名冊的話，又有何替代方案呢？對此我們是有保留的。藥物名冊固然有改革的必要，但是否應該刪除呢？因此，我們會對這項修正案投棄權票。

黃碧雲議員則在她的修正案中建議就急症和專科新症的輪候時間制訂服務承諾，這項建議相當嶄新，政府亦可考慮以 **KPI(Key Performance Indicators)**(主要工作表現指標)量度有關部門在服務提供方面的效率。黃議員亦提出本港應研究成立第三間醫學院的建議，我們也同意這項建議，因為長遠而言，我們認為值得支持當局加強培訓醫護人手，以應對人口老化所帶來的挑戰。

至於朱凱迪議員的修正案，從宏觀的角度提出了多項建議，例如如何重構"醫療金字塔"及將中西醫協作引入不同病科等。他的這些意見，與我們的理念相當接近，但很可惜，他與陳沛然議員一樣，將我們希望打造一個新的醫科"師徒制"的建議刪除，但卻未有在其發言中詳細交代刪除該建議的原因為何。有鑒於此，我們也會就他的修正案投棄權票。

就各項修正案而言，我將會支持麥美娟議員、黃碧雲議員及李國麟議員的修正案，而陳沛然議員、郭家麒議員及朱凱迪議員的修正案，我們會投棄權票，因為我認為他們在修正案中所提出的觀點，仍需要進一步研究，又或是有違我原議案的精神。我希望我的投票取向，能為在座各位議員提供參考。最後，我再次誠邀各位議員支持我的原議案。

主席，我謹此陳辭。

(朱凱迪議員站起來)

主席：朱凱迪議員，你有甚麼問題？

朱凱迪議員：我要求點算法定人數。

主席：秘書，請響鐘傳召議員返回會議廳。

(在傳召鐘響後，多位議員返回會議廳)

主席：食物及衛生局局長，請發言。

食物及衛生局局長：主席，首先，我感謝各位議員在剛才的討論中對於陳恒鑾議員動議的"推動醫療改革"議案提供的寶貴意見，也很感謝數位議員包括姚思榮議員、梁志祥議員及莫乃光議員都對現時醫院管理局("醫管局")的工作予以肯定，又以目前正在醫療體系進行的工作與其他國家相比，亦對部分工作予以肯定。當然，除了香港的醫療體系，有很多地方例如人均壽命長，亦有一些指標能夠達到，國際上對於香港市民的健康予以肯定，對我們正在做的工作也予以肯定。除了這方面外，我們有一些地方都做得好，但我們亦面對很多挑戰，無論是大圍的挑戰，包括人口老化、慢性疾病帶來的壓力，以至在系統上或整個醫療體系也面對不同挑戰，我們對於這些挑戰希望能夠作出針對性的處理。

陳凱欣議員提及醫療改革是長遠的工作。事實上是非常長遠，我想由 1980 年代開始，政府有不同的諮詢、不同的顧問報告，檢視醫療融資以至如何改革醫療體系，使其能夠達至有效、持續和長遠地發展，在這方面下了不少工夫。

張超雄議員亦問及醫療體系的定位，我覺得這個問題是重要的。香港現在擁有的醫療體系其實是一個公私並行的雙軌醫療制度。當然在公營醫療界別，有很多市民使用，也是本港醫療體系中全民的安全

網，確保市民不會因經濟原因而得不到所需的醫療服務，而私營醫療界別願意為一些希望使用私營醫療服務和有能力負擔相關費用的市民提供較個人化的選擇。

因此，我們整體檢視目前的發展，我在開場發言亦說過，我相信剛才發言的議員，除了陳恒鑞議員所提的議案，以及 7 位議員所提的修正案，以至有 20 多位議員剛才都給予我們意見，我相信沒有一位不曾提過我們要發展基層醫療健康服務，並改變注重治療的方針，應該大力加強於注重預防，所以現屆政府的重中之重是發展基層醫療健康服務，我們會在每一區興建地區康健中心網絡。

有議員亦提到不同部門和食物及衛生局對於發展基層醫療的不同角色。在過去數十年，大家逐步做了基層醫療健康服務。但是，長遠而言，除了我們要在每一區興建地區康健中心，該中心亦不僅是一個中心，也不僅是一個計劃，而是我們醫療體系重要的一部分。這些中心整個網絡，長遠來說我們需要協調和發展，並與現有的服務作出整合。一個全面和協調的基層醫療健康系統，能便捷在社區內照顧個人健康需要，有助提升整體人口健康情況，以及減少不必要的入院及再入院的情況。多位議員如楊岳橋議員亦提到，這是一項投資，希望我們能夠未雨綢繆，我們的方向絕對在這方面。

有多位議員如李國麟議員也提到，我們如何能強化除了醫生以外其他醫護人員在基層醫療健康的角色，包括護士、專職醫療人員、中醫等。地區康健中心正正是其中一個平台，可以令所有醫護人員能夠參與基層醫療，當病人未入醫院而在社區時讓他們發揮其專業角色。

參考葵青康健中心試行的經驗後，剛才提過第一個地區康健中心將於今年 9 月開始使用，參考經驗後我們會根據數據實證及服務標準逐步把康健中心推展至全港 18 區。我們目前已經敲定其中 6 個地區的康健中心選址，並正積極尋找合適地點設立其他地區康健中心。財政司司長已表示會在資源上配合日後擴展地區康健中心網絡。

如果我們設立這些地區康健中心，加強基層醫療的服務，在疾病防控、非傳染病的預防、癌症預防、接種疫苗等這些服務亦會隨之加強。此外，現屆政府亦會檢討發展方向，不是說興建了地區康健中心便算了，而是會檢視在基層醫療範疇上各主要服務提供者的定位，加強不同界別及團體之間的合作，並監督基層醫療健康的發展和推廣策略，正如陳恒鑞議員所說，加強第一層醫療防線。我們認為這是非常重要的。

除了加強基層醫療健康服務，強化現有醫療體系也是一項很重要的工作，因為現有公營醫療體系，現時大部分市民都正在使用。談到加強公營醫療體系，離不開硬件、軟件和我們的服務。在硬件方面，就醫療設施而言，我們十分積極推動公營醫院的規劃，加強配套。大家記得，自 2016 年起醫管局已開始推行第一個十年醫院發展計劃，並預留 2,000 億元撥款，用以進行合共 16 個項目，以額外提供逾 5 000 張病床和超過 90 個手術室。

由於多項醫院重建工程必須在原址進行，我們需要安排非常複雜的分階段施工，而且籌劃時間亦會較長。為確保能盡快推行將來的醫院發展，政府於 2018 年施政報告宣布，已邀請醫管局籌備第二個十年醫院發展計劃，無需等待 2021 年就第一個十年醫院發展計劃進行中期檢討後才開始，所以即將開始籌劃。

就議員對於醫院規劃目標的關注，醫管局在規劃公立醫院的發展計劃時，會考慮多個因素，包括各區人口增長和人口結構的變化、各專科服務的增長率和預計的服務需求、醫管局整體服務發展的長遠目標及策略等，從而制訂未來整體醫院發展的藍圖，規劃發展的方向和優先次序，以應付未來的醫療需求。醫管局也有一組同事監督這方面的規劃。

醫管局在 2018 年進行新一輪服務需求預測，在考慮到 2026 年預計的病床數目後，推算出預計到 2036 年病床的需要，以此作為藍本規劃第二個十年醫院發展計劃，並配合第一個十年醫院發展計劃，以應付長遠的服務需求。

第一個十年及第二個十年醫院發展計劃可使資源規劃工作更加明確，亦有助醫管局規劃和推展下個十年周期(2026 年至 2035 年)的主要醫院基本工程項目。第二個十年醫院發展計劃涵蓋共 19 個項目，預算費用為 2,700 億元。第二個十年醫院發展計劃完成後，可額外提供逾 9 000 張病床及其他新增醫療設施，大致上足以應付直至 2036 年的預計服務需求。

第二個十年醫院發展計劃內的各個項目均屬大型工程，涉及眾多程序，包括規劃、可行性研究、工地測量勘探、拆卸、地基工程、興建工程等，而由於地方比較擁擠，現有醫院的工程，正如我剛才所說，往往需原址重建及更新設施，因此在推行計劃的同時亦必須確保工程計劃不會對醫院的日常運作造成影響。醫管局會因應各工程項目的客

觀因素和工程複雜性，採取最合適的方法(包括分階段的方式)，推展第二個十年醫院發展計劃內的各個項目。

剛才有議員包括陳沛然議員提過，有些醫院的病床數目在過去為何會減少。為了回應使用量、服務模式的轉變或感染控制的要求，醫管局亦要檢討病床數目。舉例來說，以精神科服務而言，因應國際間把治療精神科的重點由住院護理轉為日間社區護理，所以精神科病床的數目於 2003 年至 2019 年間減少了約 1 200 張。但是，整體而言醫管局的病床數目由 2010-2011 年度起按年遞增，2019-2020 年度醫管局亦計劃加開 506 張普通科(即急症或康復等)病床，以應付這方面的需求。

談到醫院，多謝柯創盛議員就聯網和醫院的服務給予意見。我想講一講，為了理順醫院聯網提供的服務，醫管局會考慮醫療服務供求的配合和在各個聯網重建計劃後的服務提供，於 2016 年 12 月 1 日起把原屬九龍西聯網的黃大仙區和旺角區納入九龍中聯網。這做法可以加強服務整合，令所提供的醫療服務更能配合該區居民所需，有利病人於原區接受持續的醫護服務。正籌劃中的啟德全科醫院也屬於九龍中聯網。

談過硬件，我亦想提一提軟件，軟件就是醫療人手。剛才有多位議員就醫療人手和現有問題提出很多不同意見，尤其是蔣麗芸議員和黃碧雲議員也有提出一些方法，更積極地讓海外醫生可以回流香港的公營系統工作。政府在 2017 年年中發表《醫療人力規劃和專業發展策略檢討》報告中，對醫療人手的推算，已計及人口結構的轉變及其他相關因素，包括已知及已規劃的服務和發展。策略檢討提出 10 項建議，其中 5 項關於醫療人力規劃，另外 5 項關於專業發展及規管。政府正積極落實跟進策略檢討的建議，為長遠的醫療人力需求作前瞻性規劃，並促進專業發展。

在醫療人力規劃方面，為了應對醫療專業人手緊絀的問題，政府已循多方面推出措施以增加醫療人手，當中包括增加資助醫療學額、撥款提升和增加培訓容量，以及全力支援醫管局的運作等。剛才多位議員期望政府增加醫學生、護理學生和其他醫療職系人員的數目，我們正正循着這方向工作。

在吸引非本地培訓醫療專業人員來港執業方面，政府會繼續積極聯同駐海外經濟貿易辦事處在海外推廣和宣傳註冊安排，鼓勵更多合資格的非本地培訓醫療專業人員來港執業。

為持續監察醫療專業人員的人手情況，政府會配合教資會的 3 年規劃期，每 3 年進行一次醫療專業人員人力規劃和推算工作。剛才亦有議員希望我們不斷更新這方面的資料，我們正在進行。新一輪人力推算工作已經展開，預期於 2020 年公布結果。在進行醫療人力規劃時，食物及衛生局會與其他相關政策局及部門評估各醫療專業的人力狀況，盡量涵蓋所有已知和已規劃服務及發展，如公私營醫院的最新發展等。

食物及衛生局已於今年 3 月份設立一個平台，邀請醫生業界的主要持份者，包括香港醫務委員會、香港醫學專科學院、香港醫學會、兩間大學的醫學院、衛生署和醫管局的代表集思廣益，一同商討可行的增加醫療人手的方法。當然，我們會繼續聆聽大家對於如何可以增加醫療人手的意見。我們已於 5 月底召開第三次會議，繼續跟進其他增加醫療人手的方法。不論是如何強化本地的醫療人才，挽留他們，以至如何吸引海外醫生回港。

對醫管局的人手，大家都非常關注。針對醫管局人手短缺的情況，在財政預算中為醫管局額外提供 7 億 2,100 萬元經常資助，用作推出改善措施，提升士氣及挽留人才，當中包括繼續推行特別退休後重聘計劃；調高醫生候召補償定額酬金；提升護士和專職醫療人員的晉升前景；以及吸引和挽留支援職系人員的措施等。醫管局已通過由今年 4 月 1 日起增加醫生候召補償定額酬金和將新入職與現職病人服務助理、運作助理及行政助理的薪酬增加 8%。至於其他吸引和挽留人才措施，醫管局亦致力盡快推行。

政府會繼續和醫管局緊密商討制訂各項短中長期的人手措施，包括招聘全職和兼職醫護人手及護士、重新聘用退休而合適的醫護人員、增加駐院醫生培訓名額、增加晉升機會及加強培訓等，以紓緩前線人手的工作壓力和改善工作環境。政府會繼續提供充足及適切的資源予醫管局以吸引及挽留人手。

較早前，我們知道有一項調查提到很多公營醫療體系的醫生希望可以改善工作環境，工作量也是一個很大問題。如果要改善工作量，必須增加人手才能做到。

醫管局的行政管理也有多位議員提及，鄭俊宇議員提到希望當局大力提升士氣。陳恒鑞議員、麥美娟議員也有提過，希望改善醫管局的行政管理。大家對於醫生參與醫管局的行政工作也有關注。醫療服務是非常專門的產業，當中除了涉及大量醫學專門知識外，亦涉及不

少醫院運作概念。在遇上重大醫療事故及大型傳染病時，扎實的醫學知識更是有效管理的關鍵。現時，醫管局 6 000 多名醫生中，大部分都是擔任臨床工作，負責管理的行政人員只佔少數。以醫管局總辦事處為例，只有大約 40 名有醫生專業背景的同事，其中 30 多名擔任全職的行政工作。

在會議安排方面，鑒於前線臨床人員所面對的壓力，醫管局總辦事處及各聯網和醫院的管理層已作出安排，在可行情況下重新安排在服務高峰期內的會議的舉行日期，讓前線人員專注處理臨床工作。

醫管局作為公營機構，必須確保機構管治有效和善用公帑，一些決策商議、政策討論和跨部門統籌是必須的。然而，醫管局繼續致力在可行的範疇內進一步精簡工作，以期提升管治效率。醫管局大會已於今年 3 月通過成立專責小組，檢視和理順其行政效率。專責小組將會集中檢視數個範疇，包括簡化資源申請程序、理順專科統籌委員會、中央委員會及其他聯網和醫院層面的行政會議安排，以及理順醫管局大會及轄下委員會的決策程序或授權安排。專責小組將會檢視醫管局大會的決策過程，以及臨床醫生在醫管局總辦事處和聯網層面管理程序的參與。專責小組預計在 6 至 9 個月內完成檢視工作及提交建議。

就醫管局服務的輪候時間，剛才亦有多位議員關注。首先，有關急症服務輪候時間，為確保有緊急需要的市民能獲得適時的急症服務，醫管局轄下的急症室均實行病人分流制度，按照求診者病情的輕重緩急決定治理的先後次序。醫管局已訂立服務目標，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。

醫管局自 2013 年開始推行"急症室支援時段計劃"，招募額外醫護人員，向他們發放特別酬金，讓他們以自願形式於額外服務時段工作。這些額外人手專門處理次緊急和非緊急個案，讓急症室人員能專注處理較緊急的個案。此計劃現已推展至全港 18 間公立急症醫院。

至於專科門診輪候時間，醫管局亦就專科門診的新轉介個案實施分流制度，確保病情緊急而且有需要及早介入的病人會優先獲得治療。醫管局的目標是把第一優先類別("緊急")和第二優先類別("半緊急")個案的輪候時間中位數，分別維持在兩個星期和 8 個星期內。醫管局一直能夠維持這兩個類別個案輪候時間中位數的承諾。

為處理專科門診的輪候時間，醫管局近年已推行一系列措施，包括加強公營基層醫療服務和公私營協作，以及加強人手等。我們一直密切留意市民對專科門診的服務需求和輪候時間，並與醫管局商討推出可行的措施。

李國麟議員提及一些轉介制度，醫管局一直透過由醫生、護士和專職醫療人員組成的跨專業團隊，根據病人病情的嚴重程度及需要提供適切的住院、門診、日間康復訓練及社區支援服務。在現行的轉介機制下，為保障公營醫療服務的質素，醫管局的專科服務只考慮由註冊醫生作出的轉介，專職醫療人員會根據醫生的轉介，提供所需的評估及復康服務，以配合跨專業團隊所制訂的治療計劃。早前的醫療人手報告亦有提及不同專業的意見和國際發展趨勢，我們會隨着這方面看看每個專科的管治委員會、專業委員會和現行法例而作出檢視。

張宇人議員亦有提及醫管局藥物名冊入藥的時間需要改善，亦有議員提及要求取消藥物名冊，就此我須指出世界衛生組織一直以來積極提倡“基要藥物”的概念，並建議世界各地的醫療衛生當局建立機制，有系統地挑選藥物，促進廣泛、公平和合理地使用優質和市民可以負擔的藥物。因應國際間的發展趨勢，醫管局自 2005 年開始制訂藥物名冊，目的是透過統一所有公立醫院及診所的用藥及藥物政策，確保病人可公平地獲處方具成本效益，並經驗證安全及有效的藥物。

多年來醫管局透過其專家委員會以實證為本的原則定期評估新藥物和檢討藥物名冊的範圍。在過去 5 個年度，醫管局的用藥開支由 2014-2015 年度的 43 億元上升至 2018-2019 年度的約 57 億元，升幅達三成。早前政府亦於 2019-2020 年度的預算案中增撥 4 億元經常資助，供醫管局擴闊藥物名冊，以納入更多合適藥物幫助更多病人。預計醫管局 2019-2020 年度的用藥開支將增加至約 61 億元。

有議員提及精神健康服務，正如其他已發展地方一樣，香港視精神健康為重要議題。在過去數年，政府不斷增加在精神健康方面投放的資源，為有精神健康需要人士提供更全面的服務。

在醫療方面，醫管局在精神健康服務的開支由 2013-2014 年度的 38 億多元增加至 2018-2019 年度修訂預算的接近 51 億元，增幅超過 32%，當中包括加強人手和服務，以及在九龍精神科觀察治療中心增加 40 張病床。在 2019-2020 年度，政府會繼續增撥人手和資源，當中包括增加 5 名醫生以加強兒童及青少年精神科服務。

牙科的需求是很大，亦有多位議員提及，政府明白議員及公眾對公營牙科服務十分關注，但全面為公眾提供所有牙科服務涉及巨大的財政資源，因此，政府須集中資源為公眾提供緊急牙科服務，並特別照顧一些有特別需要的人士。過去多年，衛生署轄下的口腔健康教育組針對不同年齡組別的市民，推行多項推廣口腔健康的計劃，並通過不同途徑傳遞口腔健康資訊，促進市民的口腔健康。政府也為市民提供緊急牙科服務，以及為住院病人和有特殊口腔護理需要的患者提供特別口腔護理服務。所以整體政策在現時牙醫不足的情況下，集中在為最有需要的人提供服務。此外關愛基金亦正在推行為有特別需要的長者及智障人士，提供的牙科服務計劃。

中醫中藥服務的發展亦受到議員們關注，李慧琼議員提到希望政府投放多些資源和吸引人才，我們是十分支持中醫藥的工作，醫管局亦支持中西醫協作的政策，醫管局自 2003 年第一間中醫教研中心設立起，透過招標形式遴選合適的非政府機構營運以三方夥伴協作模式運作 18 區的中醫教研中心，去年約為 120 萬人次提供中醫門診服務。未來，我們將繼續與醫管局合作，讓市民能繼續享用優質的中醫藥服務。此外，我們亦會繼續檢視中醫教研中心中醫師和其他僱員的薪酬待遇、培訓和晉升機會，進一步改善他們的事業發展前景。

推動中醫藥發展方面，我們目標在 2024 年落成首間中醫醫院並分階段啟用。正在籌備中的香港首間中醫醫院將成為香港的中醫藥旗艦，扮演"轉化者"的角色，促進香港的中醫服務、教育培訓、創新和科研的發展。中醫醫院將由政府興建並由非政府機構負責營運，並會有 400 張病床分階段投入服務，提供住院及門診服務。中醫醫院將為市民提供純中醫及中西醫協作的住院服務，政府亦會經中醫醫院向市民提供特定的資助醫療服務。我們預計於 2019 年下半年就營運機構展開招標程序。

就中西醫協作服務發展方面，政府會因應及配合中醫醫院的規劃及運作模式，繼續支持醫管局探討延續或擴展先導計劃至 2021 年 5 月，並在期間適時與醫管局研究加入更多病種。政府及醫管局亦會繼續探討如何進一步發展實證為本的中西醫協作服務。

另外，政府亦會透過 5 億元中醫藥發展基金，提供財政資助予中醫界和中藥界一同參與發展中醫藥，促進與中醫藥有關的科研(包括中醫藥服務及臨床研究)，並提升業界整體水平。我們將盡快開始基金運作，期望於未來一兩個月推出部分資助計劃。在剛才提到的基層醫療健康發展，中醫亦有一定的重要角色。

最後，回應數位議員的意見，包括如何讓醫院或醫療服務能夠更加“智慧型”。容海恩議員和葛珮帆議員都提及這方面的建議，事實上，醫管局在這方面的工作不斷推展，包括大數據分析平台及智慧醫院的建立，尤其是在新的兒童醫院和興建中的新醫院，以及現有的醫療健康體系、公私營合作系統，第二期一直進展。有數位議員包括陳健波議員和何俊賢議員都提及自願醫保和保險收費問題，在現有自願醫保內，我們對於收費特別關注，所以大力提高收費透明度。多位議員提及推行自願醫保，私家醫院服務或私家病床是否足夠。據我們了解有數間私家機構表示有意發展新私家醫院或有意將現在的私家醫院進行重建和擴建，政府會按既定程序處理相關的發展、重建或擴建計劃，看看私營醫療市場的發展，長遠我們會因應日後的發展和香港醫療服務需求，包括自願醫保推出後的私營醫療服務的需求去評估這方面的需要。

多位議員希望政府善用公私營合作，我在這裏必須重申，要用私營服務作為第一道防線，在基層醫療做些服務，我們認為必須盡快推出，但若是醫管局屬下的一些專科門診的公營服務，正如麥美娟議員亦有提及，我們必須審慎考慮現有公營醫療人手的情況。

我再次多謝各位議員就議案發表的意見。我們會繼續推動各項加強香港醫療服務，特別是強化基層醫療健康，可以在社會發揮作用，並加強第一道防線，提升市民的健康情況，以及減輕公營醫療體系壓力的措施，並適當地在資源上配合和盡快推出。多謝主席。

主席：我現在請麥美娟議員動議修正案。

麥美娟議員：主席，我動議我的修正案。

麥美娟議員動議的修正案(標明文本見附件 5)

主席：我現在向各位提出的待議議題是：麥美娟議員動議的修正案，予以通過。

主席：我現在向各位提出上述待決議題。贊成的請舉手。

(議員舉手)

主席：反對的請舉手。

(沒有議員舉手)

區諾軒議員起立要求點名表決。

主席：區諾軒議員要求點名表決。表決鐘會響 5 分鐘。

主席：現在開始表決。

主席：請各位議員核對所作的表決。如果沒有問題，現在停止表決，顯示結果。

功能團體：

涂謹申議員、張宇人議員、李國麟議員、林健鋒議員、黃定光議員、李慧琼議員、陳健波議員、何俊賢議員、易志明議員、姚思榮議員、馬逢國議員、莫乃光議員、梁繼昌議員、郭榮鏗議員、葉建源議員、廖長江議員、潘兆平議員、盧偉國議員、鍾國斌議員、吳永嘉議員、何啟明議員、周浩鼎議員、邵家輝議員、陳振英議員、陸頌雄議員、劉國勳議員、鄭俊宇議員及謝偉銓議員贊成。

梁耀忠議員及陳沛然議員棄權。

主席梁君彥議員沒有表決。

地方選區：

陳克勤議員、梁美芬議員、黃國健議員、陳恒鑾議員、梁志祥議員、麥美娟議員、郭家麒議員、郭偉強議員、黃碧雲議員、葛珮帆議員、

蔣麗芸議員、楊岳橋議員、林卓廷議員、柯創盛議員、容海恩議員、張國鈞議員、許智峯議員、譚文豪議員、鄭泳舜議員及陳凱欣議員贊成。

毛孟靜議員、陳志全議員、張超雄議員、朱凱迪議員、鄭松泰議員、范國威議員及區諾軒議員棄權。

主席宣布經由功能團體選舉產生的議員，有 31 人出席，28 人贊成，2 人棄權；而經由分區直接選舉產生的議員，有 27 人出席，20 人贊成，7 人棄權。由於議題獲得兩部分在席議員分別以過半數贊成，他於是宣布修正案獲得通過。

李慧琼議員：主席，我動議若稍後就"推動醫療改革"所提出的議案或其修正案進行點名表決，表決須在鐘聲響起 1 分鐘後進行。

主席：我現在向各位提出的待議議題是：李慧琼議員動議的議案，予以通過。

主席：我現在向各位提出上述待決議題。贊成的請舉手。

(議員舉手)

主席：反對的請舉手。

(沒有議員舉手)

主席：我認為議題獲得經由功能團體選舉產生及分區直接選舉產生的兩部分在席議員，分別以過半數贊成。我宣布議案獲得通過。

我命令若稍後就這項議案或其修正案進行點名表決，表決須在鐘聲響起 1 分鐘後進行。

主席：議員已獲通知，由於麥美娟議員的修正案獲得通過，朱凱迪議員已撤回他的修正案。

主席：李國麟議員，由於麥美娟議員的修正案已獲得通過，請動議你經修改的修正案。

李國麟議員：主席，我動議我經修改的修正案。

主席，我希望不支持我的議員回心轉意，因為如果我的修正案獲得通過，物理治療師和視光師便更能發揮他們作為社區守護者及促進復康者的角色，希望這樣能讓這個制度更趨完善。多謝主席。

李國麟議員動議的經修改的修正案(標明文本見附件 6)

主席：我現在向各位提出的待議議題是：李國麟議員經修改的修正案，予以通過。

主席：我現在向各位提出上述待決議題。贊成的請舉手。

(議員舉手)

主席：反對的請舉手。

(議員舉手)

李國麟議員起立要求點名表決。

主席：李國麟議員要求點名表決。表決鐘會響 1 分鐘。

主席：現在開始表決。

主席：請各位議員核對所作的表決。如果沒有問題，現在停止表決，顯示結果。

功能團體：

涂謹申議員、張宇人議員、李國麟議員、陳健波議員、易志明議員、莫乃光議員、梁繼昌議員、郭榮鏗議員、葉建源議員、潘兆平議員、鍾國斌議員、邵家輝議員及鄭俊宇議員贊成。

陳沛然議員反對。

梁耀忠議員、林健鋒議員、黃定光議員、李慧琼議員、何俊賢議員、姚思榮議員、馬逢國議員、廖長江議員、盧偉國議員、吳永嘉議員、何啟明議員、周浩鼎議員、陳振英議員、陸頌雄議員、劉國勳議員及謝偉銓議員棄權。

主席梁君彥議員沒有表決。

地方選區：

黃碧雲議員、林卓廷議員及許智峯議員贊成。

陳克勤議員、梁美芬議員、黃國健議員、毛孟靜議員、陳志全議員、陳恒鑞議員、梁志祥議員、麥美娟議員、郭家麒議員、郭偉強議員、張超雄議員、葛珮帆議員、蔣麗芸議員、楊岳橋議員、朱凱迪議員、柯創盛議員、容海恩議員、張國鈞議員、鄭松泰議員、譚文豪議員、范國威議員、區諾軒議員、鄭泳舜議員及陳凱欣議員棄權。

主席宣布經由功能團體選舉產生的議員，有 31 人出席，13 人贊成，1 人反對，16 人棄權；而經由分區直接選舉產生的議員，有 27 人出席，3 人贊成，24 人棄權。由於議題未獲得兩部分在席議員分別以過半數贊成，他於是宣布修正案被否決。

主席：陳沛然議員，由於麥美娟議員的修正案已獲得通過，請動議你經修改的修正案。

陳沛然議員：主席，我動議我經修改的修正案。我也想精簡地說一說，我的修正案有甚麼不同的地方。

為甚麼我刪去側重照顧重症病人？原因是，因為公營醫療資源有限制，我們必須將資源適當運用，亦即沒有辦法照顧所有病人，這是第一點。

第二就是，關於基層醫療的問題。其實基層醫療由衛生署負責，之前做得不好，現在已經做得較好一點……

主席：陳議員，你只可就修正案內經修改的措辭發言。

陳沛然議員：對。然後，為甚麼會刪去新"師徒制"呢？因為我們 40 年前推行"師徒制"，現在則用一個很有系統的方式進行訓練。我們現在跟隨不同師傅學習，現在我教導出來的徒弟，將會比我更有本事，因為他要接觸新的藥物、知識或手術，我的下一代會比我更好。但是，如果僅僅是"師徒制"的話，我只會傳授九成功力給他。所以，現在的教育和訓練制度已經不同。就此，我這樣修改我的修正案，多謝。

陳沛然議員動議的經修改的修正案(標明文本見附件 7)

主席：我現在向各位提出的待議議題是：陳沛然議員經修改的修正案，予以通過。

主席：我現在向各位提出上述待決議題。贊成的請舉手。

(議員舉手)

主席：反對的請舉手。

(議員舉手)

陳沛然議員起立要求點名表決。

主席：陳沛然議員要求點名表決。表決鐘會響 1 分鐘。

主席：現在開始表決。

主席：請各位議員核對所作的表決。如果沒有問題，現在停止表決，顯示結果。

功能團體：

涂謹申議員、張宇人議員、李國麟議員、黃定光議員、李慧琼議員、陳健波議員、何俊賢議員、易志明議員、莫乃光議員、梁繼昌議員、郭榮鏗議員、葉建源議員、潘兆平議員、鍾國斌議員、何啟明議員、周浩鼎議員、邵家輝議員、陸頌雄議員、劉國勳議員及鄭俊宇議員贊成。

梁耀忠議員、林健鋒議員、姚思榮議員、馬逢國議員、廖長江議員、盧偉國議員、吳永嘉議員、陳沛然議員、陳振英議員及謝偉銓議員棄權。

主席梁君彥議員沒有表決。

地方選區：

陳克勤議員、黃國健議員、胡志偉議員、陳恒鑞議員、梁志祥議員、麥美娟議員、郭家麒議員、郭偉強議員、黃碧雲議員、葛珮帆議員、蔣麗芸議員、楊岳橋議員、林卓廷議員、柯創盛議員、張國鈞議員、許智峯議員、鄭松泰議員、譚文豪議員、鄭泳舜議員及陳凱欣議員贊成。

容海恩議員反對。

梁美芬議員、毛孟靜議員、陳志全議員、張超雄議員、朱凱迪議員、范國威議員及區諾軒議員棄權。

主席宣布經由功能團體選舉產生的議員，有 31 人出席，20 人贊成，10 人棄權；而經由分區直接選舉產生的議員，有 28 人出席，20 人贊成，1 人反對，7 人棄權。由於議題獲得兩部分在席議員分別以過半數贊成，他於是宣布修正案獲得通過。

主席：郭家麒議員，由於麥美娟議員及陳沛然議員的修正案已獲得通過，請動議你經修改的修正案。

郭家麒議員：主席，我動議我經修改的修正案。

郭家麒議員動議的經修改的修正案(標明文本見附件 8)

主席：我現在向各位提出的待議議題是：郭家麒議員經修改的修正案，予以通過。

主席：我現在向各位提出上述待決議題。贊成的請舉手。

(議員舉手)

主席：反對的請舉手。

(議員舉手)

張宇人議員起立要求點名表決。

主席：張宇人議員要求點名表決。表決鐘會響 1 分鐘。

主席：現在開始表決。

主席：請各位議員核對所作的表決。如果沒有問題，現在停止表決，顯示結果。

功能團體：

涂謹申議員、莫乃光議員、郭榮鏗議員及鄭俊宇議員贊成。

林健鋒議員、陳健波議員、易志明議員、姚思榮議員、馬逢國議員、廖長江議員、盧偉國議員、吳永嘉議員、陳振英議員及謝偉銓議員反對。

梁耀忠議員、張宇人議員、李國麟議員、黃定光議員、李慧琼議員、何俊賢議員、梁繼昌議員、葉建源議員、潘兆平議員、鍾國斌議員、何啟明議員、周浩鼎議員、邵家輝議員、陳沛然議員、陸頌雄議員及劉國勳議員棄權。

主席梁君彥議員沒有表決。

地方選區：

胡志偉議員、郭家麒議員、黃碧雲議員、楊岳橋議員、林卓廷議員、容海恩議員、許智峯議員、鄭松泰議員及譚文豪議員贊成。

梁美芬議員反對。

陳克勤議員、黃國健議員、毛孟靜議員、陳志全議員、陳恒鑾議員、梁志祥議員、麥美娟議員、郭偉強議員、張超雄議員、葛珮帆議員、蔣麗芸議員、朱凱迪議員、柯創盛議員、張國鈞議員、范國威議員、區諾軒議員、鄭泳舜議員及陳凱欣議員棄權。

主席宣布經由功能團體選舉產生的議員，有 31 人出席，4 人贊成，10 人反對，16 人棄權；而經由分區直接選舉產生的議員，有 28 人出

席，9 人贊成，1 人反對，18 人棄權。由於議題未獲得兩部分在席議員分別以過半數贊成，他於是宣布修正案被否決。

主席：黃碧雲議員，由於麥美娟議員及陳沛然議員的修正案已獲得通過，請動議你經修改的修正案。

黃碧雲議員：主席，我動議我經修改的修正案。

黃碧雲議員動議的經修改的修正案(標明文本見附件 9)

主席：我現在向各位提出的待議議題是：黃碧雲議員經修改的修正案，予以通過。

主席：我現在向各位提出上述待決議題。贊成的請舉手。

(議員舉手)

主席：反對的請舉手。

(議員舉手)

陳沛然議員起立要求點名表決。

主席：陳沛然議員要求點名表決。表決鐘會響 1 分鐘。

主席：現在開始表決。

主席：請各位議員核對所作的表決。如果沒有問題，現在停止表決，顯示結果。

功能團體：

涂謹申議員、李國麟議員、林健鋒議員、黃定光議員、李慧琼議員、陳健波議員、何俊賢議員、易志明議員、姚思榮議員、馬逢國議員、莫乃光議員、梁繼昌議員、郭榮鏗議員、葉建源議員、潘兆平議員、盧偉國議員、鍾國斌議員、吳永嘉議員、何啟明議員、周浩鼎議員、邵家輝議員、陳振英議員、陸頌雄議員、劉國勳議員、鄭俊宇議員及謝偉銓議員贊成。

陳沛然議員反對。

梁耀忠議員及廖長江議員棄權。

主席梁君彥議員沒有表決。

地方選區：

陳克勤議員、梁美芬議員、黃國健議員、胡志偉議員、陳恒鑽議員、梁志祥議員、麥美娟議員、郭家麒議員、郭偉強議員、黃碧雲議員、葛珮帆議員、蔣麗芸議員、楊岳橋議員、林卓廷議員、柯創盛議員、容海恩議員、張國鈞議員、許智峯議員、譚文豪議員、鄭泳舜議員及陳凱欣議員贊成。

鄭松泰議員反對。

毛孟靜議員、陳志全議員、張超雄議員、朱凱迪議員、范國威議員及區諾軒議員棄權。

主席宣布經由功能團體選舉產生的議員，有 30 人出席，26 人贊成，1 人反對，2 人棄權；而經由分區直接選舉產生的議員，有 28 人出席，21 人贊成，1 人反對，6 人棄權。由於議題獲得兩部分在席議員分別以過半數贊成，他於是宣布修正案獲得通過。

主席：由於邵家臻議員不在席，本會不會處理他的修正案。

主席：陳恒鑾議員，你還有 3 分 53 秒答辯。之後辯論即告結束。

陳恒鑾議員：主席，今天有多位議員發言，局長亦作出詳細回應。大家都認同以病人為中心，着重預防勝於治療的理念。同時，我亦多謝局長及各位議員重視中醫。

其實，過去有不少醫生向我建議"師徒制"。陳沛然議員對此有保留，這方面我會在會議後再與陳沛然議員商討及向他了解有關情況。另一方面，大家都希望局方增加人手，而陳凱欣議員特別提出，重整衛生署。這些發言都豐富了今天整個討論的內容。

至於楊岳橋議員剛才的發言，雖然他比較遲才發言，但他的開場白正正顯示其黨友譚文豪議員的無知、無品、無人格，借機會抹黑其他人有力的抽擊及教育。有議員甚至引用網上的匿名.....

(譚文豪議員站起來)

主席：譚文豪議員，你有甚麼問題？

譚文豪議員：我認為陳恒鑾議員剛才指我是.....那些全部都是冒犯性的字眼。請要求他收回，或閣下作出裁決。

主席：陳恒鑾議員，你是否對譚文豪議員使用了冒犯性言詞？

陳恒鑾議員：他若覺得那些形容他自己的言詞有問題，便應好好檢討他做人的原則。我會收回這些說話。不過，我認為對於他的人格，相信大家心中都有數。他借這項議題來抹黑其他議員，而楊岳橋議員剛才已經.....

(譚文豪議員站起來)

主席：譚文豪議員，你有甚麼問題？

譚文豪議員：主席，請你裁決。

陳恒鑾議員：我已收回。

主席：陳恒鑾議員已經收回有關言詞。

譚文豪議員：但他收回後又再發表有關言論。

主席：陳恒鑾議員已經收回有關言詞。我聽得很清楚。

(有議員在席上高聲說話)

陳恒鑾議員：我已收回有關言詞。

主席：議員保持肅靜便會聽到他的說話。陳恒鑾議員，請繼續答辯。

陳恒鑾議員：有議員引用網上匿名、有選擇性的攻擊言論，我只是一笑置之。無論如何，我也多謝各位議員發言，對於推動醫療改革，作出努力，以及……

(多位議員在席上高聲說話)

(林卓廷議員站起來)

主席：林卓廷議員，你有甚麼規程問題？

林卓廷議員：主席，你應該先裁決他說別人"無品、無人格"這句說話是否具冒犯性，然後才問他是否收回？你應該先就此作出裁決。

主席：按照一貫做法，我要詢問陳恒鑠議員是否對其他議員使用侮辱性言詞，以及會否收回有關言詞。由於陳恒鑠議員已收回有關言詞，所以我不須作出裁決。

(林卓廷議員在席上高聲說話)

主席：林卓廷議員，你有甚麼規程問題？

林卓廷議員：主席，如果是這樣，不斷誣衊別人，你便讓這個情況不斷重複；只要他誣衊完別人，然後收回，你便由得他。這是非常荒謬的主持會議方式。

主席：我主持會議的方式與前任主席的做法一致。以往議員收回有關言詞後亦會繼續發言，但我認為議員不應使用侮辱性言詞。陳恒鑠議員，請繼續答辯。

陳恒鑠議員：無論如何，我也多謝各位發言的議員，為了推動醫療改革，作出努力，保障市民健康。

主席，我謹此陳辭。

(陳志全議員站起來)

主席：陳志全議員，你有甚麼規程問題？

陳志全議員：主席，我舉了手這麼久，你竟然可以不理會我？

他剛才說收回，我聽到，但他收回後又重新說一次。這樣也可以算是收回嗎？那麼我罵完你後，我收回，我再罵你多一次，這樣又可以嗎？

主席：陳恒鑾議員，請繼續答辯。

(譚文豪議員站起來)

主席：譚文豪議員，你有甚麼規程問題？

譚文豪議員：主席，剛才你叫他收回第一次，他又再說多一次，那麼便應該叫他收回第二次。你不斷叫他收回。你收回吧，陳恒鑾議員！

主席：陳恒鑾議員，請繼續答辯。

陳恒鑾議員：主席，你已經作出裁決，我無需要再複述那個說法。

主席：我現在向各位提出的待決議題是：陳恒鑾議員動議的議案，經麥美娟議員、陳沛然議員及黃碧雲議員修正後，予以通過。贊成的請舉手。

(議員舉手)

主席：反對的請舉手。

(議員舉手)

朱凱迪議員起立要求點名表決。

主席：朱凱迪議員要求點名表決。表決鐘會響 1 分鐘。

主席：現在開始表決。

主席：潘兆平議員，你是否要作表決？

(潘兆平議員作出表決)

主席：請各位議員核對所作的表決。如果沒有問題，現在停止表決，顯示結果。

功能團體：

林健鋒議員、黃定光議員、李慧琼議員、陳健波議員、何俊賢議員、易志明議員、姚思榮議員、馬逢國議員、廖長江議員、潘兆平議員、盧偉國議員、鍾國斌議員、吳永嘉議員、何啟明議員、周浩鼎議員、陳振英議員、陸頌雄議員、劉國勳議員及謝偉銓議員贊成。

涂謹申議員、梁耀忠議員、李國麟議員、莫乃光議員、梁繼昌議員、郭榮鏗議員、葉建源議員及鄭俊宇議員反對。

主席梁君彥議員沒有表決。

地方選區：

陳克勤議員、梁美芬議員、黃國健議員、陳恒鑞議員、梁志祥議員、麥美娟議員、郭偉強議員、葛珮帆議員、蔣麗芸議員、柯創盛議員、容海恩議員、張國鈞議員、鄭泳舜議員及陳凱欣議員贊成。

毛孟靜議員、胡志偉議員、陳志全議員、郭家麒議員、張超雄議員、黃碧雲議員、楊岳橋議員、朱凱迪議員、林卓廷議員、許智峯議員、鄭松泰議員、譚文豪議員、范國威議員及區諾軒議員反對。

主席宣布經由功能團體選舉產生的議員，有 28 人出席，19 人贊成，8 人反對；而經由分區直接選舉產生的議員，有 28 人出席，14 人贊

成，14 人反對。由於議題未獲得兩部分在席議員分別以過半數贊成，他於是宣布經修正的議案被否決。

下次會議

主席：我現在宣布休會。本會在 2019 年 6 月 12 日星期三上午 11 時續會，以舉行行政長官質詢時間。

立法會例行會議將會緊接行政長官質詢時間後舉行。

立法會遂於下午 2 時 45 分休會。

麥美娟議員動議的修正案標明文本

長久以來，本港公營醫療系統側重照顧重症病人，加上社會嚴重缺乏全面的預防性**基層**醫療服務，令市民難以'病向淺中醫'；近年，醫院管理局('醫管局')淡化醫科'師徒制'，改以臨床及行政指引，並透過機械化管理方式管理前線醫生，令前線醫生長期受壓及難以發展團隊精神，**而在管理支援服務職系前線人員上亦出現溝通不足的問題**，大量醫護人員亦因此流失；上述弊端亦導致公營醫療服務質素難以提升，當中醫療服務輪候時間過長及醫護人手長期短缺等問題更是每況愈下；就此，本會促請特區政府盡快推動醫療改革，消除醫療系統內根深蒂固的弊病；有關建議包括：

- (一) 增撥資源發展全面的預防性**基層**醫療服務，以建立完整的第一道醫療防線，彌補現時醫療系統的缺失；
- (二) 參考'公私營醫療協作'模式，把私營醫療服務納入第一道醫療防線的發展規劃中，善用私營醫療力量以減少公營醫療系統所承受的壓力；
- (三) 探討在醫管局內推行醫科新'師徒制'的可行性，以重建前線醫生的團隊精神及維持醫學經驗的傳承；
- (四) 改革醫管局的機械化管理方式，加入人性化管理元素，以提升前線醫護人員的士氣；
- (五) 按'以病人為本'及'節省病人時間'的原則，改革醫管局的服務模式及計算資助模式，讓病人能夠在短時間內就同一疾病或多種疾病享用一站式醫療服務，而無須一如過往般需多次往返醫院，以減少折騰病人；及
- (六) 在公營醫療系統內發展全面的中西醫協作服務，善用中醫力量以推動公營醫療服務多元化；
- (七) **減少利用中介公司聘請醫護及支援服務職系人員，逐步改由醫管局直接聘請及培訓該等人員，以確保服務質素及效率；**

- (八) 加快推動基層醫療的發展，包括興建更多地區康健中心，以照顧慢性疾病患者，從而減輕公立醫院的負荷；及
- (九) 檢討醫管局的人事管理制度，並鼓勵管理層加強與前線員工溝通，以重建醫管局員工士氣。

註：麥美娟議員的修正案以**粗斜字體**或刪除線標示。

附件 6

李國麟議員動議的經修改的修正案標明文本

長久以來，本港公營醫療系統側重照顧重症病人，加上社會嚴重缺乏全面的預防性基層醫療服務，令市民難以'病向淺中醫'；近年，醫院管理局('醫管局')淡化醫科'師徒制'，改以臨床及行政指引，並透過機械化管理方式管理前線醫生，令前線醫生長期受壓及難以發展團隊精神，而在管理支援服務職系前線人員上亦出現溝通不足的問題，大量醫護人員因此流失；上述弊端亦導致公營醫療服務質素難以提升，當中醫療服務輪候時間過長及醫護人手長期短缺等問題更是每況愈下；就此，本會促請特區政府盡快推動醫療改革，消除醫療系統內根深蒂固的弊病；有關建議包括：

- (一) 增撥資源發展全面的預防性基層醫療服務，以建立完整的第一道醫療防線，彌補現時醫療系統的缺失；
- (二) 參考'公私營醫療協作'模式，把私營醫療服務納入第一道醫療防線的發展規劃中，善用私營醫療力量以減少公營醫療系統所承受的壓力；
- (三) 探討在醫管局內推行醫科新'師徒制'的可行性，以重建前線醫生的團隊精神及維持醫學經驗的傳承；
- (四) 改革醫管局的機械化管理方式，加入人性化管理元素，以提升前線醫護人員的士氣；
- (五) 按'以病人為本'及'節省病人時間'的原則，改革醫管局的服務模式及計算資助模式，讓病人能夠在短時間內就同一疾病或多種疾病享用一站式醫療服務，而無須一如過往般需多次往返醫院，以減少折騰病人；
- (六) 在公營醫療系統內發展全面的中西醫協作服務，善用中醫力量以推動公營醫療服務多元化；
- (七) 減少利用中介公司聘請醫護及支援服務職系人員，逐步改由醫管局直接聘請及培訓該等人員，以確保服務質素及效率；

- (八) 加快推動基層醫療的發展，包括興建更多地區康健中心，以照顧慢性病患者，從而減輕公立醫院的負荷；及
- (九) 檢討醫管局的人事管理制度，並鼓勵管理層加強與前線員工溝通，以重建醫管局員工士氣；
- (十) **廢除轉介制度，讓物理治療師直接為病人提供治療及護理服務；**
- (十一) **容許視光師直接轉介病人至公營眼科服務，免除私家或公營醫生的轉介，讓市民直接獲得適切的服務；**
- (十二) **改善醫管局護士及專職醫療人員的待遇，為他們提供合理的薪酬及具吸引力的職業前景，以減少人手流失，從而增加公營醫療護士及專職醫療人手的穩定性；及**
- (十三) **繼續推動自願醫保計劃，加強誘因以鼓勵更多市民購買私人醫療保險產品，讓市民多一個選擇可使用私營醫療服務，長遠而言，藉此減低公營醫療服務的負擔。**

註：李國麟議員的修正案以**粗斜字體**標示。

附件 7

陳沛然議員動議的經修改的修正案標明文本

長久以來，本港公營醫療系統側重照顧重症病人，加上社會嚴重缺乏全面的預防性基層醫療服務，令市民難以'病向淺中醫'；近年，醫院管理局('醫管局')淡化醫科'師徒制'，改以臨床及行政指引，並透過機械化管理方式管理前線醫生，令前線醫生長期受壓及難以發展團隊精神，而在管理支援服務職系前線人員上亦出現溝通不足的問題，大量醫護人員因此流失；上述弊端亦導致公營醫療服務質素難以提升，當中醫療服務輪候時間過長及醫護人手長期短缺等問題更是每況愈下；就此，本會促請特區政府盡快推動醫療改革，消除醫療系統內根深蒂固的弊病；有關建議包括：

- (一) 增撥資源發展全面的預防性基層醫療服務，以建立完整的第一道醫療防線，彌補現時醫療系統的缺失；
- (二) 參考'公私營醫療協作'模式，把私營醫療服務納入第一道醫療防線的發展規劃中，善用私營醫療力量以減少公營醫療系統所承受的壓力；
- (三) 探討在醫管局內推行醫科新'師徒制'的可行性，以重建前線醫生的團隊精神及維持醫學經驗的傳承；
- (四) 改革醫管局的機械化管理方式，加入人性化管理元素，以提升前線醫護人員的士氣；
- (五) 按'以病人為本'及'節省病人時間'的原則，改革醫管局的服務模式及計算資助模式，讓病人能夠在短時間內就同一疾病或多種疾病享用一站式醫療服務，而無須一如過往般需多次往返醫院，以減少折騰病人；
- (六) 在公營醫療系統內發展全面的中西醫協作服務，善用中醫力量以推動公營醫療服務多元化；
- (七) 減少利用中介公司聘請醫護及支援服務職系人員，逐步改由醫管局直接聘請及培訓該等人員，以確保服務質素及效率；

- (八) 加快推動基層醫療的發展，包括興建更多地區康健中心，以照顧慢性疾病患者，從而減輕公立醫院的負荷；及
- (九) 檢討醫管局的人事管理制度，並鼓勵管理層加強與前線員工溝通，以重建醫管局員工士氣；
- (十) **加強培訓家庭醫生及專職醫療人員；**
- (十一) **盡快檢討醫管局人手編制的問題，並提供誘因挽留人才，以縮短公立醫院病人的輪候時間；**
- (十二) **為應對未來的服務需求及使用尖端醫療儀器，在醫管局內加強醫護人員的培訓，以提升醫療服務質素和效率；及**
- (十三) **改革醫管局的管理方式，尤其是在流感高峰期暫停及延遲部分非緊急的行政工作，以及調動管理層醫護人員到門診及急症室工作，以減少前線醫護人員的壓力及提升士氣。**

註：陳沛然議員的修正案以**粗斜字體**標示。

附件 8

郭家麒議員動議的經修改的修正案標明文本

長久以來，本港公營醫療系統側重照顧重症病人，加上社會嚴重缺乏全面的預防性基層醫療服務，令市民難以'病向淺中醫'；近年，醫院管理局('醫管局')淡化醫科'師徒制'，改以臨床及行政指引，並透過機械化管理方式管理前線醫生，令前線醫生長期受壓及難以發展團隊精神，而在管理支援服務職系前線人員上亦出現溝通不足的問題，大量醫護人員因此流失；上述弊端亦導致公營醫療服務質素難以提升，當中醫療服務輪候時間過長及醫護人手長期短缺等問題更是每況愈下；就此，本會促請特區政府盡快推動醫療改革，消除醫療系統內根深蒂固的弊病；有關建議包括：

- (一) 增撥資源發展全面的預防性基層醫療服務，以建立完整的第一道醫療防線，彌補現時醫療系統的缺失；
- (二) 參考'公私營醫療協作'模式，把私營醫療服務納入第一道醫療防線的發展規劃中，善用私營醫療力量以減少公營醫療系統所承受的壓力；
- (三) 探討在醫管局內推行醫科新'師徒制'的可行性，以重建前線醫生的團隊精神及維持醫學經驗的傳承；
- (四) 改革醫管局的機械化管理方式，加入人性化管理元素，以提升前線醫護人員的士氣；
- (五) 按'以病人為本'及'節省病人時間'的原則，改革醫管局的服務模式及計算資助模式，讓病人能夠在短時間內就同一疾病或多種疾病享用一站式醫療服務，而無須一如過往般需多次往返醫院，以減少折騰病人；
- (六) 在公營醫療系統內發展全面的中西醫協作服務，善用中醫力量以推動公營醫療服務多元化；
- (七) 減少利用中介公司聘請醫護及支援服務職系人員，逐步改由醫管局直接聘請及培訓該等人員，以確保服務質素及效率；

- (八) 加快推動基層醫療的發展，包括興建更多地區康健中心，以照顧慢性疾病患者，從而減輕公立醫院的負荷；及
- (九) 檢討醫管局的人事管理制度，並鼓勵管理層加強與前線員工溝通，以重建醫管局員工士氣；
- (十) 加強培訓家庭醫生及專職醫療人員；
- (十一) 盡快檢討醫管局人手編制的問題，並提供誘因挽留人才，以縮短公立醫院病人的輪候時間；
- (十二) 為應對未來的服務需求及使用尖端醫療儀器，在醫管局內加強醫護人員的培訓，以提升醫療服務質素和效率；及
- (十三) 改革醫管局的管理方式，尤其是在流感高峰期暫停及延遲部分非緊急的行政工作，以及調動管理層醫護人員到門診及急症室工作，以減少前線醫護人員的壓力及提升士氣；
- (十四) 盡快制訂長遠、宏觀、完整的醫療發展計劃，包括承諾每年將公共醫療開支佔政府經常性開支的比例新增一個百分點，而目標為 3 年後的比例超過 20%，以及詳細計劃未來興建公、私營醫院的計劃；**
- (十五) 立即啟動第二個十年醫院發展計劃中有關新增病床的項目，以及立即制訂計劃，以實踐在 15 年後為每 1 000 人設 5.5 張病床的供應目標；**
- (十六) 按病人的實際需要分配醫療資源，並全面推行跨聯網病人轉介計劃，以縮短專科輪候時間；**
- (十七) 增設長者健康中心、婦女健康中心及母嬰健康院，以增加服務名額及縮短輪候健康評估的時間；**
- (十八) 完善公營牙科服務及提升服務質素，包括增設公營牙科診所及增加服務節數及名額，以及為市民提供非緊急牙科服務，包括洗牙、補牙、鑲牙等，以保障市民，**

特別是長者、兒童、低收入人士及有特殊需要人士(例如智障人士)的牙齒健康；同時，參照學童牙科保健計劃，增設長者牙科保健計劃，為長者提供每年一次的檢查及洗牙服務，以盡早處理長者的口腔健康問題；

- (十九) **增加精神科醫護人手及增設精神科夜診服務，以縮短精神科服務的輪候時間，讓病人可在病情未變得嚴重前獲得治療；以及增撥資源改善兒童及青少年精神科服務，並推出新措施協助有特殊學習需要或受精神問題困擾的學童，以縮短輪候接受評估及治療的時間，及早識別學童的需要，避免他們因延醫而導致情況惡化；**
- (二十) **改善普通科門診電話預約服務，包括增派人手接聽熱線電話，以協助有需要人士，特別是長者解決預約時遇到的困難；及**
- (二十一) **取消醫管局藥物名冊制度，並由政府直接提供藥物資助，以真正照顧有需要的病人。**

註：郭家麒議員的修正案以**粗斜字體**標示。

黃碧雲議員動議的經修改的修正案標明文本

長久以來，本港公營醫療系統側重照顧重症病人，加上社會嚴重缺乏全面的預防性基層醫療服務，令市民難以'病向淺中醫'；近年，醫院管理局('醫管局')淡化醫科'師徒制'，改以臨床及行政指引，並透過機械化管理方式管理前線醫生，令前線醫生長期受壓及難以發展團隊精神，而在管理支援服務職系前線人員上亦出現溝通不足的問題，大量醫護人員因此流失；上述弊端亦導致公營醫療服務質素難以提升，當中醫療服務輪候時間過長及醫護人手長期短缺等問題更是每況愈下；就此，本會促請特區政府盡快推動醫療改革，消除醫療系統內根深蒂固的弊病；有關建議包括：

- (一) 增撥資源發展全面的預防性基層醫療服務，以建立完整的第一道醫療防線，彌補現時醫療系統的缺失；
- (二) 參考'公私營醫療協作'模式，把私營醫療服務納入第一道醫療防線的發展規劃中，善用私營醫療力量以減少公營醫療系統所承受的壓力；
- (三) 探討在醫管局內推行醫科新'師徒制'的可行性，以重建前線醫生的團隊精神及維持醫學經驗的傳承；
- (四) 改革醫管局的機械化管理方式，加入人性化管理元素，以提升前線醫護人員的士氣；
- (五) 按'以病人為本'及'節省病人時間'的原則，改革醫管局的服務模式及計算資助模式，讓病人能夠在短時間內就同一疾病或多種疾病享用一站式醫療服務，而無須一如過往般需多次往返醫院，以減少折騰病人；
- (六) 在公營醫療系統內發展全面的中西醫協作服務，善用中醫力量以推動公營醫療服務多元化；
- (七) 減少利用中介公司聘請醫護及支援服務職系人員，逐步改由醫管局直接聘請及培訓該等人員，以確保服務質素及效率；

- (八) 加快推動基層醫療的發展，包括興建更多地區康健中心，以照顧慢性疾病患者，從而減輕公立醫院的負荷；及
- (九) 檢討醫管局的人事管理制度，並鼓勵管理層加強與前線員工溝通，以重建醫管局員工士氣；
- (十) 加強培訓家庭醫生及專職醫療人員；
- (十一) 盡快檢討醫管局人手編制的問題，並提供誘因挽留人才，以縮短公立醫院病人的輪候時間；
- (十二) 為應對未來的服務需求及使用尖端醫療儀器，在醫管局內加強醫護人員的培訓，以提升醫療服務質素和效率；及
- (十三) 改革醫管局的管理方式，尤其是在流感高峰期暫停及延遲部分非緊急的行政工作，以及調動管理層醫護人員到門診及急症室工作，以減少前線醫護人員的壓力及提升士氣；
- (十四) **重新規劃醫療人力供求；**
- (十五) **就急症和專科新症的輪候時間制訂服務承諾；**
- (十六) **增加本地醫科生及各類醫護專業人員的培訓學額，以及研究成立第三間醫學院；**
- (十七) **規定本地醫科畢業生在專科畢業後須在公立醫院服務一定年期；**
- (十八) **吸引在海外知名醫學院和英國、加拿大、澳洲及新西蘭的大學醫學院接受專科培訓的港人回流到香港的公營醫療系統服務；及**
- (十九) **要求醫管局減少安排醫生處理不必要的行政工作，讓他們可以專心負責醫療本業。**

註：黃碧雲議員的修正案以**粗斜字體**標示。