



# 香港私营医疗市场： 当前的挑战与未来的应对

香港集思会

陆伟棋 赵燕婷

2011年11月



## 作者简介

**陆伟棋** 香港集思会首席研究主任，曾任职香港特区政府中央政策组高级研究主任；英国牛津大学哲学博士、香港大学哲学硕士，及香港大学文学（一级荣誉）学士。

**赵燕婷** 前香港集思会研究主任。

# 目录

## 摘要

第一章	引言	1
第二章	发展概况	3
第三章	市场特点	6
第四章	面对的三大问题	11
第五章	外国经验参考	19
第六章	改善市场的建议	29
第七章	结语	36

本文只代表作者个人意见，并不一定代表香港集思会的立场。

# 摘要

2010年10月，政府就医疗改革建议展开第二阶段公众咨询，提出自愿医保计划，期望逐步增加私营医疗系统的市场份额，令公营与私营住院病人比例由目前的9:1逐步下降至8:2，促进公私营医疗体系的均衡发展。随着13间私家医院争相扩充，大幅提高服务量，私家医院在人手、服务及收费等方面却衍生不同问题，包括收费透明度不足、难以判断医疗质素、医护人手比例失衡等。

医疗服务有别于一般产业，不论是公营或私营体系，应以应付本地市民需求为主，若有额外的服务量才用作照顾外来病人，以免影响本地居民应得的服务水平。检视目前私营医疗体系的现况，业界一直以利伯维尔场为理由，抗拒政府介入监管；他们相信只要引入新的私家医院作为竞争者，市场就会自然调节，毋须改变现时的规管模式。然而，医疗关乎生命及健康，亦更可能涉及大笔费用，作为负责任的政府不应只靠私家医院「自律」，而应尽快建立一套完善的监管制度，保障市民获得合理的医疗服务，并协助私家医院有序发展。

要改善私营医疗市场失效的状况，必须从三大方面着手：第一，提高收费透明度，让病人拥有充足的信息，作合理的比较及医疗决定；第二，引入临床审核，客观反映医院的服务质素，同时提升整体医疗水平；第三，就社会及市场需要作出规划，适量地增加医护人手，应该不断上升的医疗需求。

## 建议一、私院提高收费透明度

病人一般缺乏专业知识，难以自行决定接受哪种检查或治疗，主要依靠医生的专业判断。当局可考虑要求私家医院每年呈报收费数据，根据不同的病例组合，计算在各间医院、不同病症的平均收费，以及最高一成病人的收费，并在网上向公众发放，让病人在选择医院、医生以至服务时，均有更多数据作为参考。此举的

目的是为消费者提供信息，而非为收费设定限制，未有违背利伯维尔场的原则。

当局应规定医院要采取措施，确保在病人接受任何检查或治疗前，获知各种收费详情，包括整个检查或治疗所需的总金额、处理并发症可能造成的额外开支预算等，以书面记录并定时更新。这种做法可加强院方与病人在财务安排上的沟通，确保病人作为消费者的知情权。医院的账单应详列各项收费，包括诊金、药物以至消耗品，一旦总金额较原定的预算大幅提高，医生必须作出解释。当局亦应设立部门或法定机构，如果病人不满意医院和医生的安排，可以随时作出投诉。

## **建议二、私院引入临床审核制度**

现时本港多间私家医院均获得医疗认证，但当发生严重医疗事故，只需向卫生署呈报，并无规定要向公众交代；而大部分反映医疗质素的数据，只供院方内部审核和检讨之用，市民缺乏判断私家医院医疗质素的基础。针对这个问题，当局可考虑要求私家医院全面引入临床审核，由专科医生为不同科目制定临床成效指标，把有关指针的数据呈报，并选取当中具代表性的重要指标，定期向市民公布，客观而准确地反映各私家医院的医疗水平。

根据外地经验，公开指标是令私家医院提升质素的最大诱因，甚至较奖金等财政诱因更为有效。临床成效指标可协助私家医院进行临床审核，找出现时的不足之处，并作出适当跟进，研究针对性的改善方案。另外，由于不少私家医生会在不同医院「挂单」，当局可透过整合各间医院的相关数据，全面地监察医生的整体临床表现。

## **建议三、政府规划整体医护人手**

目前全球发展国家均有人口老化的趋势，整体医疗需求也有所增加，故不少国家早已制定长远人手策略，反观本港现时的医疗人手政策趋向保守，长远规划有欠妥善。政府可考虑要求私家医院每年提交未来 3 至 5 年的发展规划，包括计划加开的专科、扩充或缩减的服务等，并因应医疗市场的发展作出预测，例如就本地人口增长及年龄变化等，就未来的医疗需求作出整体评估，以规划全面的医护人手供求。

在有关数据的基础上，政府可分阶段增加医科学额，令本港每千人口医生比例，逐步追上其他发展国家，以应付本地医疗需求。当局也应该引入其他缓冲措施，包括承认更多海外医学院课程，

让医生免试在本港公立医院，以有限度注册形式执业，工作一定年期后，表现理想的可申请正式注册。为确保海外医生的质素，当局应与医科专科学院等专业机构，审视海外医学院的课程及毕业生质素等，以医学院为单位作出审批。另一方面，需要针对性地引入人手不足专科的海外医生，确保不会对本地医生造成冲击，增加医护人手安排的弹性。

# 第一章 | 引言

**1.1** 本港医疗水平发展成熟稳健，不论是临床和研究等方面，在区内甚至全球，都有领先地位，例如在 2006 年，本港每千名登记活产婴儿只有 1.8 名夭折，夭折率是全球最低<sup>1</sup>，同时港人平均寿命延长，足证本港医疗质素之高。其中公营医疗系统，照顾全港 90%住院病人，加上门诊及各种资助服务，大致上可以提供全民医疗保障，病人极少因财政困难而未能得到适当治疗。

**1.2** 不过，食物及卫生局表示，为确保本港医疗系统能够长期持续发展，在 2008 年 3 月发表名为《掌握健康 掌握人生》的医疗改革公众咨询文件，提出全面改革医疗系统的建议及辅助融资方案。2010 年 10 月，当局就医疗改革建议展开第二阶段公众咨询，名为《医保计划 由我抉择》，提出自愿医保计划，即由政府负责规范及监管的自愿参与私人医疗保险计划。

**1.3** 当局建议加强对医疗保险产品的规管，并提供财政诱因吸引市民购买医疗。如果计划成效理想，购买保险的市民就会增加，客观效果是透过保险索偿，令更多市民有能力使用私营医疗服务，令私营医疗市场在本港整个医疗体系中，扮演更重要的角色。政府更期望，届时公营与私营住院病人的比例，将会由目前的 9:1 逐步下降至 8:2，换句话说，私营医疗系统的市场份额，将会增加足足一倍。

私营医疗系统的市场份额将会增加一倍

**1.4** 然而，回顾 2008 年至今，私营医疗系统急速发展，13 间私家医院争相扩充，但在整体规划不足的情况下，私家医院在人手、服务及收费多方面，已陆续出现问题，有关私院的投诉时有报道。可以想见，如果未能及早做好政策配套，令私家医院有序发展，不但会影响病人作为消费者的权益，甚至未能为市民提供

<sup>1</sup> 香港特别行政区政府（2006），《香港年报 2006》。

公营医疗系统外的选择。

*须就私家医院的发展做好政策配套*

**1.5** 有见及此，我们在 2011 年 8 月至 9 月，与有关界别的持份者进行访谈，包括政府官员、立法会议员、私家医院管理层、医疗专业机构代表、私家医生及保险业界等，并参考海外例子，了解本港私营医疗系统现时定位及未来发展，探讨政府在人手、服务及收费的监管上可扮演的角色。本报告旨在检视现时私营医疗系统的不足，提出相关政策建议，期望完善监管制度，为市民提供健康和财政上的最佳保障。

## 第二章 | 发展概况

**2.1** 本港公私营医疗系统并存，在基层医疗方面，私营市场占大约 90%，但在专科医疗及住院服务方面，私营市场大约只占 10%。由于私家医院近年急速发展，所以下文将会集中讨论私家医院的现况。

**2.2** 2007 至 2008 年度，私人医疗卫生开支达到 405 亿元，主要用于私营门诊服务、私营住院服务，以及购买医疗物品等，较 2004 至 2005 年度的 323 亿元（以 2008 年固定价格计算）大幅上升 25%；至于同期的公共医疗卫生开支，则只从 388 亿元微升至 391 亿元，升幅不足 1%，可见私营市场的需求增幅较多<sup>2</sup>。

**2.3** 现时全港有 13 间私家医院，包括由私营机构开设的港中医院、养和医院、明德医院及沙田国际医务中心仁安医院，由教会主办的嘉诺撒医院、圣保祿医院、浸信会医院、宝血医院、圣德肋撒医院、播道医院、香港港安医院及荃湾港安医院，以及由香港防癌会开设的香港防癌会赛马会癌症康复中心。除仁安医院外，其余 12 间均由慈善团体营运。

**2.4** 截至 2009 年底，13 间私家医院共提供 3,818 张病床，全年入院人次约为 360,000。在所有私家医院病床中，普通病床约占 77%，二等病床占 15.6%，其余约 7.8%则是头等病床。在私家医院住院服务的融资中，42%来自用者自付，37%来自雇主提供的私人医疗保险，个人名义购买的私人医疗保险则占 21%<sup>3</sup>。在住院服务方面，医疗保险在融资安排的重要性，较在门诊方面为高。

**2.5** 私营住院服务，在大部份情况下，可让病人选择医生和设

<sup>2</sup> 食物及卫生局，《2007/08 年度本地医疗卫生总开支账目》。

<sup>3</sup> 食物及卫生局（2008），《医疗改革第二阶段公众咨询》。

施，轮候时间相对公立医院为短，但服务收费则较高，基层市民较难负担。而私家医院往往根据病人所接受的服务，包括医生、手术室和药物等分开收费，甚至消耗品如棉花和纱布，都会逐件收费。

### 私家医院收费飙升

**2.6** 近年私家医院住院服务的收费飙升，有调查显示，在 2009 年，透过保险索偿的住院个案中，普通病床平均账面金额为 24,000 多元，较 2005 年大约 18,000 多元上升超过 30%（表一）<sup>4</sup>。数据亦反映，租用头等或二等病床的病人，其使用的手术室或棉花等，虽然与普通房床的病人一样，但收费却会较高，例如在 2009 年，头等病床病人付出的平均账面金额，是普通病床病人的 281%；二等病床病人的平均账面金额，则为普通病床病人的 140%。

表一：2005 至 2009 年期间每宗医院住院个案之平均账面金额

病房类别	2005	2006	2007	2008	2009	2005 至 2009 年 升幅
头等	\$57,091	\$62,151	\$64,258	\$64,496	\$68,676	20%
二等	\$27,699	\$32,612	\$32,528	\$32,927	\$34,169	23%
普通	\$18,588	\$20,451	\$22,529	\$22,919	\$24,417	31%

数据源：香港保险业联会《2009 年医疗索偿数据调查》

**2.7** 私家医院收费上升有不同原因，其一是随着医疗科技发展，不少私家医院引入新式仪器和药物等，推高医疗成本。另外，近年本港和内地经济向好，本地市民甚至内地居民，对本港私营医疗服务的需求上升，在病床和人手两方面造成供求失衡，令私营市场有加价的空间。以产科为例，今年多间医院大幅加价，包括仁安医院 7 月向本地孕妇加价 13%至 14%、浸会医院同月调高分娩套餐收费约 20%至 30%等，但都仍然爆满<sup>5</sup>，可见服务供不应求。

### 部份服务的非本地居民使用率高达 8 成

**2.8** 在使用情况方面，有受访的前私家医院管理层指，其医院的非本地居民使用率，由 10 年前少于 1%，增加至去年约 10%至 20%。不过近年引起争议的产科，非本地居民的使用率则远高于

<sup>4</sup> 香港保险业联会（2009），《医疗索偿数据调查》。

<sup>5</sup> 星岛日报（7/7/2011），《四私家医院加价》。

20%，其中有医院更高达 80%，就连本地孕妇预约也有困难。

**2.9** 由于需求殷切，不少私家医院大幅扩充。2006 至 2009 年，全港私家医院新增合共约 700 张病床（表二），其中包括浸会医院 260 张病床、圣德肋撒医院 208 张、仁安医院 138 张。而浸会医院新建大楼，将会进一步增加 150 张病床，预料 2014 年落成。荃湾港安医院的新建大楼，同于 2014 年落成，病床数目更会由现时的 138 张，大幅增加至 450 张。仁安医院亦有计划兴建新大楼，预计新增 300 张病床。相反，公立医院的病床数目则录得轻微下跌，由 2006 年初的 27,633 张，减少至 2009 年初的 26,824 张（表二），减幅约为 3%。

表二：2006 至 2009 年期间公立及私家医院的病床总数<sup>6</sup>

医院类别	2006	2007	2008	2009	2006 至 2009 年变化
公立	27,633	27,555	27,117	26,824	-3%
私家	3,100	3,400	3,700	3,800	+23%

数据源：食物及卫生局

<sup>6</sup> 数据来自食物及卫生局于「立法会十题：公立及私家医院服务」（2011 年 7 月 6 日）提供数据，当中公立医院的数字截至翌年的 3 月底，私家医院的数字则截至每年年底。

## 第三章 | 市场特点

克鲁曼：「自由市场不适用于医疗市场。」

**3.1** 2008年诺贝尔经济学奖得主克鲁曼（Paul Krugman）曾于其专栏中写道<sup>7</sup>：「自由市场不适用于医疗市场—以往没有，以后也不会。（Unregulated markets don't work for health care – never have, never will）」不少经济学者亦认为，医疗市场出现种种问题，其中一个原因正是，医疗市场不论是融资安排或是临床服务均出现市场失效，需要政府介入监管<sup>8</sup>。由于本报告主要探讨规管医疗市场，所以下文也会集中阐释临床服务的情况。

**3.2** 利伯维尔场必须符合数个特点。在消费者方面，他们必须对服务的价格、质量和效益有足够知识，以作出合理的抉择；另一个要求是消费者可以预先清楚服务价格，并有足够时间格价。而在供应者方面，也必须可以自由进出市场，才可以造成竞争。利伯维尔场提供的产品，则应是不涉及公众利益的私人产品。

**3.3** 有研究综合国际经验指出<sup>9</sup>，主要有四个原因导致医疗市场失效（表三），以至不少国家的政府需要介入市场，作出适量的监管与规划。

<sup>7</sup> The New York Times (30/7/2009), 'Health Care Realities'.

<sup>8</sup> Hsiao, W.C. (1995). 'Abnormal Economics in the Health Sector,' in Health Policy, 32:125-139.

<sup>9</sup> 同上。

表三：导致医疗市场失效的主要原因

原因	后果
医院垄断或寡头垄断	利润过高、质素差劣、贵价服务膨胀
医生拥有垄断能力	诱导需求、差别取价、利润过高、质素差劣、贵价服务膨胀
信息屏障	寻找信息困难、监管成本高昂
未有预先报价	竞争减少、贵价服务膨胀

**3.4** 那香港的情况又如何呢？病人与医疗服务提供商之间，对疾病知识、治疗效果和医疗开支的认知，明显存在不对等，病人作出任何医疗抉择，往往完全依赖医生或医院的判断，几乎没有拒绝治疗或议价的空间。另一方面，医生或医院透过提供他们推介的服务赚取收入，这种双重角色是导致市场失效的主因之一。

**3.5** 基于医疗服务存在变量，消费者未必能预先清楚服务价格，更难以做到「格价」。最显而易见的是交通意外和火灾等紧急医疗服务，病人基本上没有选择的空间，但即使是癌症或冠心病等，病人也未必认为自己有足够时间「格价」和考虑，所以也不符合利伯维尔场的要求。

**3.6** 在大部份交易中，消费者一般不认识卖方，例如在一间零售店购买相机，是基于其款式、质素和价格，较多受个人的喜好和判断影响，而不是因为认识零售店的东主。相反，基于上文提及的信息不对等，在医疗服务中，病人选择接受某项检查或治疗，很多时是基于与医生的关系，而这种关系则建基于信任上，病人甚至未必完全理解自己接受的服务，有违利伯维尔场的原则。

**3.7** 购买相机属私人产品，公众不会因而获利，社会也不会因而付出代价，但医疗服务则不一定是私人产品。以一名儿童接种流感疫苗为例，除了这名儿童本身患上流感的风险减低外，其家人以至同学，从他身上感染流感的风险也一并降低，所以如果全港儿童都接种疫苗，整个社会为流感而付出的代价就会大减，所以医疗市场涉及一定的公众利益。

**3.8** 本港大部份小区，都有一定数目的私营普通科诊所，较少出现垄断或寡头垄断。不过，全港虽然有 13 间私家医院，但床位供不应求，私家医院近乎毋须在价格和服务上竞争，也已经有足够客源，例如近年全港私家医院，不论服务水平和价格高低，入

住率都接近 100%，即可反映其市场需求<sup>10</sup>。另外，由于设备和仪器不同，所以各间私家医院提供的服务类别也有不同，部份服务竞争较少，例如骨髓移植，只有极少数私家医院可提供相关服务，所以血癌病人如想到私家医院接受骨髓移植，其实并没有太多选择。

**3.9** 如果服务提供商可以自由进出市场，垄断或寡头垄断的情况均会减少。然而，在医疗市场中，有意参与市场的人士必须作出大笔投资。业界估计，要在香港兴建医院，即使不计地价，也要投资高达 30 亿元，需时 10 至 15 年才可达到收支平衡，财政门槛极高，市场上有能力作出如此高额的投资者不多。另外，法例规定医院的负责人即使不会参与前线工作，也必须是医护人员，这些限制令服务提供商难以自由进入市场。

**3.10** 有意见认为，本港公营系统不论在价格、服务等方面，与私营市场已存在竞争关系，为病人提供选择，而公营医疗亦已提供涉及公众利益的服务，故私营市场应被视为「利伯维尔场」。不过，公私营系统的医疗产品并非同质（Homogenous），例如私营市场提供的药物、住院环境、餐饮水平等，都可能较公立医院为佳，而当病人相信所获得的服务并非同质，竞争就有可能减低。

**3.11** 虽然本港私营医疗市场失效，但业界一直以利伯维尔场为理由，抗拒政府介入监管。另一方面，政府则以「小政府、大市场」为原则，放任市场自由发展，就连用于监管私家医院的法例第 165 条《医院、护养院及留产院注册条例》，也是在 1930 年订立，虽然 80 年来数度修改，但明显未能跟上时代转变，就连条例名称中的「留产院」，亦早已绝迹香港。

*1930 年订立的私家医院的法例未能跟上时代转变*

## 规管条例及守则过于宽松

**3.12** 有关条例内容方面亦极为宽松，根据规定，卫生署署长负责审批私家医院注册，而申请必须符合房舍、人手或设备方面的条件，但其中房舍及设备只是硬件的要求，人手方面则主要涉及医院负责人、受雇的医生和护士是否合资格，亦即有否注册，但就没有订明医生或护士照顾病人的比例。

**3.13** 卫生署近年再制定《私家医院、护养院及留产院实务守则》，

<sup>10</sup> 明报（6/10/2010），《日间手术有得赔 纾私院床荒》。

在专业水平上加强规管。例如在人手方面，守则限制了部份高风险专科制定护理人数比例，以深切治疗或重症护理病房为例，如有病人留医，则病房内任何时间都要有一名曾接受重症护理训练的注册护士当值；护士与病人比例应不少于 1:1，处理危殆个案时更要增至 2:1；只有在病人情况稳定时，护士与病人比才可降低至 1:2。医疗机构必须遵守《实务守则》，方可获注册和重新注册。

表四：《私家医院、护养院及留产院实务守则》的规管范围

规管范围	例子
一般规定	在医疗机构的组织和管理、房舍及设备、人力资源、优质服务、病人权益等作出规范
临床服务的标准	在多个专业上，包括手术室、肿瘤科、产科、日间手术及内窥镜检查等，列出规定及人手安排等指引
支持服务的标准	在膳食和医疗废物处理等方面，提供指引

**3.14** 然而，有受访政府部门指出，现时私家医院服务规管（Service Regulation）过于宽松。以医疗收费程序为例，虽然《实务守则》有简单规定（表四及表五），但私家医院毋须上报盈利，加价毋须审批，就连政府有关当局要收集价格信息数据作参考，也无法从私家医院直接取得，而只能从保险公司等途径间接了解。

表五：《私家医院、护养院及留产院实务守则》第 7.3 章就收费的规管

收费
7.3.1 于入院登记处、缴费处或适当地方，备有收费表，列明房间、检验和治疗程、医疗用品、药物、医疗报告、病历副本和其他收费，供病人参考。
7.3.2 收费如有调整，必须修订收费表。
7.3.3 在可行的情况下把服务收费告知病人。
7.3.4 向获准收症的医生提供接受治疗的病人所需缴交的费用，以供参考。

**3.15** 而且，纵使《实务守则》有规定，病人权益仍未受到保障。例如报道指出<sup>11</sup>，有私家医院今年 7 月增加分娩套餐收费达 30%，但却没有通知已预约并支付订金的孕妇，有产妇更投诉分娩当日，

<sup>11</sup> 明报（19/7/2011），《临盆始知加价 已落订孕妇轰浸会无良》。

才知道收费由预约时的 17,800 元，加价至 23,000 元，私家医院则响应指，「留位费」并非首期，而且单张上已订明价格如有更改，不会另行通知。虽然该私家医院，最终向已支付订金的孕妇，收取原定费用而非新价，但却是在舆论压力下妥协，而非基于受到规管。

### 需检视规管医院的 法例及守则

**3.16** 从以上分析可见，正如大部份海外医疗市场，本港私营医疗市场同样出现市场失效，是造成前文提及各种问题的原因之一。市场失效的可能成因，包括市场缺乏监管，又或政府过度介入，然而检视本港法例及守则，可见现时政府监管并不严谨，故市场失效较可能是由监管不足引起。

## 第四章 | 面对的三大问题

**4.1** 近年私家医院的使用量增加，私营医疗业界的不足亦随之浮现。其中最常有的投诉，是私营市场收费透明度不足，直接影响消费者权益。随着服务量增加，有关医疗及服务质素的投诉也相应增加，但现时却没有公开数据供市民参考。私营市场急速膨胀，则导致公私营人手供求失衡。

### 一、收费欠缺透明

**4.2** 以往本港私营医疗市场以挂单医生为主，这些医生自设诊所收症，如病人需要入院治疗，便为病人拣选并预约医院服务，透过「中介人」的角色为医院带来客源。也就是说，医院的角色是出租病床、设施及护士等配套服务，与病人并无直接关系。近年不少私家医院增聘驻院医生，但部份驻院医生并非医院雇员，医院毋须直接支薪，其与医院的关系与挂单医生相似，只是其「诊所」设于医院内，亦只会为病人租用其驻诊医院的住院服务。

**4.3** 当病人需要入院治疗，挂单医生和驻院医生一般都会先估算治疗费用，告知病人整体医疗开支：第一部份是根据当时对病情复杂程度的理解，预计自己需要收取的医生费；另一部份是估计病人需要使用医院哪些服务，预算医院要收费的费用。据业界消息所得，医生费一般只占整体开支 10%至 20%。然而，医疗情况复杂，往往难以准确预计，例如有业界人士透露，一个心脏支架手术预算费用可由 11 万元至 20 万元不等，有可能出现病人未能负担的情况。

**4.4** 正因如此，有受访的私家医生认为，每名病人病情不同，「明码实价」收费并不容易，但由于没有标价，因此惹来医疗收

费「海鲜价」的批评。有受访医生认为，近年病人普遍会咨询两至三名医生，「格价」后才作出决定，所以不存在透明度不足的问题。不过，病人不可能咨询其他病人支付的金额，如果两名病人向同一名医生求诊，而医生是基于病人的财政能力而非病情的分别，再决定两人的医疗收费，未免有不公平之嫌。

**4.5** 最明显的例子，是保险病人与非保险病人的收费明显不同，甚至经常出现医生根据保险索偿上限收费的情况。有受访私家医生亦坦言，向财政能力较高的病人收取较高的医生费，就可以为财政能力较低的病人提供折扣，是一种「拉上补下」的做法，认为对病人并无坏处。不过，这反映了现时的收费安排，可让医生有空间任意订价。

A 向一名私家医生求诊，获建议到私家医院接受详细检查。由于 A 有购买保险，于是随即联络其保险经纪，接下来全程由保险经纪与医生商讨收费，A 直至结账后，都没有参与有关收费的讨论。虽然 A 最终只需自行支付「垫低费（Co-payment）」，保险接近「全包」，但个案足以反映部份医生按保险索偿额收费的做法。

虽然这种做法受到不少质疑，但有受访私家医生表示，部份保险本身的索偿机制不理想，医生这样做反而确保了病人最大利益。举例说，有保单订明医生费的索偿上限是 3 万元，但手术室费用的上限并非列明金额，而是医生费的三分之一。假设手术室费用为 1 万元，如果医生只收取 2 万元医生费，反而病人只可索偿 6,600 多元，却要自行支付 3,300 多元。因此，根据保单条款，医生收取 3 万元医生费，对病人来说才是最有利的做法。

**4.6** 近年，越来越多医院直接聘用医生，医院会向这些有直接雇佣关系的医生支薪，处理病症也可获得拆账。由于医院较易控制病症数目及拆账安排等，达到「拉上补下」的目的，所以部份医院已逐步推出套式收费，一般包括该项检查或治疗项目中大部份基本费用。在这种安排下，病人等同直接向私家医院购买服务，再由医院安排旗下医生处理，医院也就毋须再依赖医生「带客」。

**4.7** 套式收费的优点是「明码实价」，令病人较容易作出预算，但亦有其缺点。首先，医院为确保不会蚀本，订价一般会较高，

例如在正常情况下，一项手术的费用是 1 万元，但 10%病人会出现并发症，需要 10 万元处理，医院的套式收费就可能订于 2 万元，换言之，病人出现并发症而需要较高治疗费用的风险，只是由其他病人摊分，而 90%病人都要支付较高金额。第二，医院可以拒绝接收高风险病人，例如所有病人都收取 1 万元手术费，但拒收 10%高风险病人，以免为这些病人包底。

## 二、难以判断医疗质素

**4.8** 香港医疗质素享誉国际，相对国际水平而言，医疗事故数字极低。但在 2010 年，全港仍有 10 宗私家医院须呈报的严重医疗事件，虽然其中 5 人死亡，公众对事件的了解却相当有限。

### 现行守则并无规定 私家医院要向公众 交代医疗事故

**4.9** 根据现行守则，私家医院如果发生严重医疗事故，需要向卫生署呈报，但并无规定要向公众交代；而卫生署会在其网页上公布事故类别及宗数，却不会发放涉事医院及医生名称等资料，公布医院事故机制较公立医院更为不足。例如 2010 年 12 月，卫生署接获一宗初生婴儿猝死的呈报，但拒绝公布涉事医院，而报章向可能涉事的私家医院查询，该院院长却不置可否，并指指该类个案应由卫生署公布<sup>12</sup>。事实上，现时涉及私家医院的医疗事故，往往是由病人家属向传媒投诉，公众才获知有关信息，欠缺透明度。

**4.10** 香港暂时未有强制推行医院评审制度，但在 2008 年 8 月，卫生署联同食物及卫生局、医院管理局及私家医院联会，成立医院评审督导委员会，并于 2009 年推出医院评审先导计划，长远目标是设立一套统一的医院评审标准，以衡量各间医院的表现。现时香港共有 5 间公立医院及 5 间私营医院，获得由「澳洲医疗服务标准委员会（Australian Council on Healthcare Standards）」颁发的医院认证（Hospital Accreditation）<sup>13</sup>。

**4.11** 另外，部份私家医院也有进行临床审核，例如病人手术后使用抗生素的情况等，可以反映手术后的感染比率。不过，这些可反映医疗质素的数据，现时毋须呈报卫生署或向公众公开，只是用于院方内部审核和检讨，例如一名挂单医生的比率特别高，或反映其水平较低，院方可能将该名医生列入「黑名单」，拒绝他

<sup>12</sup> 东方日报（12/12/2010），《仁安初生婴饮奶后猝死》。

<sup>13</sup> Australian Council on Healthcare Standards (5/9/2011), <http://www.achs.org.au/memberorglist/>

/她预约医院服务。可是，由于欠缺比较基础，院方也难以了解与其他医院之间，是否存在质素上的差异。

#### 病人缺乏选择医生和医院的信息

**4.12** 私家医院欠缺透明度，有两个负面影响。首先，病人严重缺乏选择医生和医院的信息，往往依赖亲友、甚至保险经纪介绍，但亲友不太可能曾经接受多名同科医生治疗，故这些信息往往只是涉及一名医生的优劣，而非同一个专科多名医生的比较，大多建基于主观感受而非客观数据。医疗不但关乎生命及健康，更可能涉及大笔费用，病人作为消费者，却没有足够信息作出合适的选择，并非理想情况。

#### 没有客观数据作分析比较，市民难以作出理性判断

**4.13** 第二，在没有客观数据的情况下，可能会混淆市民的视听，影响理性判断。如前文所述，现时市民获取有关严重医疗事件的信息，主要来自病人或其家属投诉。假设传媒报道，A 医院有两名孕妇分娩时死亡，B 医院有一名，市民最简单直接的理解，是 A 医院质素较差。不过，如果 A 医院的孕妇数目是 B 医院 10 倍，则可能是 B 医院质素较差；又或根据科学数据分析，3 宗死亡个案都是可以预期的分娩并发症，则可能两间医院的质素都没有问题。由此可见，如果没有客观数据作分析比较，当发生医疗事故的时候，私家医院反而处于更为被动的角色。

**4.14** 医疗质素也涉及检查或治疗方案的合理性。一般病人没有足够的专业知识，是否需要接受治疗、以药物或手术治疗、选用哪一种药物，大多完全相信医生的专业判断。不过，医生同时是服务提供商，故其判断亦涉及个人利益。有业界人士承认，现时少数医院和医生中，确实出现非必要检查或治疗的个案，虽然病人同意接受相关服务，但由于病人与医生专业知识的不对等（Information Asymmetry），接受服务的决定，其实并非完全自由的选择。

目前私营医疗市场经常出现「诱导需求」(Supplier-induced Demand)，亦即服务提供商为了自身利益，利用知识和讯息的优势，诱导消费者接受不必要的服务，在医疗市场中包括检查和手术等服务。有受访的业界人士指出，数年前一名老翁因病入住一间私家医院，由 A 专科医生为他诊治。A 专科医生知悉老翁虽然没有购买保险，却有逾百万余元存款，他表示怀疑老翁有其他疾病，找来另外 3 名来自不同专科的医生进行不同检查，结果在三个月内花尽老翁积蓄。事件引起业内人士质疑，认为 A 专科医生与他找来的 3 名医生份属好友，却难以指控数名专科医生是否有不良意图。由此可见，在大部份情况下，有关的医疗需求是否存在并非由消费者决定，而是由服务供应者、亦即医生决定，很容易形成一般人难以判断的诱导需求。

### 三、医护人手比例过低

**4.15** 截至今年 6 月，本港有 11,733 正式注册西医，以本港约 709 万人口计算，每千人口医生比例是 1.65，换句话说，每名医生要照顾约 606 名港人，反映医生数目偏低。与世界卫生组织数据比较，2009 年英国每千人口有 2.74 名医生，奥地利更高达 4.75，新加坡比例较低，但亦有 1.83。而经济合作发展组织 (OECD) 欧洲 31 个成员国，2008 年平均每千人口医生比例是 3.3，正正是香港现时的双倍。回顾过去十年，本地医科本科课程学生的人数变化不大，毕业生人数更下跌了 19% (表六)，据食物及卫生局推算，未来几年的医科毕业生人数将维持在 250-330 名，可见本地医护人手在短期内不会显著增加。

表六：2000/01 至 2009/10 年期间教资会资助医科本科课程收生及毕业生人数

人数	2000 /01	2001 /02	2002 /03	2003 /04	2004 /05	2005 /06	2006 /07	2007 /08	2008 /09	2009 /10
收生	329	316	325	282	281	255	254	259	255	323
毕业生	328	345	328	307	314	307	320	283	268	266

数据源：大学教育资助委员会

**私家医院不断向公立医院「挖角」，影响长远专科培训和经验传承**

**4.16** 近年私营医疗市场不断扩充，但由于部份专科医生整体人手不足，造成两个负面影响。其一是私家医院不断向公立医院「挖角」，导致照顾全港 9 成专科病人的公营医疗系统人手严重流失。医管局数据显示，2010 年医生流失率达 5.4%，部份联网如港岛东，比率更高达 8.8%，而继续留守公立医院的医生，工作量及压力不合理地增加，部份人为改善工作环境而转投私营市场，造成恶性循环，影响公营医疗系统质素<sup>14</sup>。而由于「挖角」对象，较多是有经验的高层及中层医生，对长远专科培训和经验传承，造成一定影响。

内地孕妇来港产子个案日增，妇产科出现不少「月球人」和「星球人」，也就是一个月、甚至一星期收入达一百万元（所谓「一球」），吸引不少公立医院妇产科医生，纷纷转投私营市场。部份医生甚至安排「工厂式」接生，3 个小时为 5 名孕妇剖腹产子，以每个平均拆账 2 万元计算，一昼收入高达 10 万元。

业界又指，最初离职的妇产科医生，大多是具有一定经验的中层医生，但久而久之却造成断层，于是就连高层医生，都要代替中层医生通宵候召，部份人因不满工作安排而离职，令工作环境更为恶劣。在人手严重不足的情况下，部份医生刚完成 7 年妇产科专科训练，即可升任副顾问医生，有公立医院妇产科主管更形容为「开定位求你升」。

**医生、护士及其他专职医疗人员不足，影响私家医院质素**

**4.17** 第二，人手不足也可能导致私家医院质素下降。有报道指出<sup>15</sup>，去年 10 月一名内地孕妇到本港一间私家医院产子，最终因羊水栓塞死亡，死因庭裁定孕妇死于自然，但裁判官陈碧桥裁判时指出，有专家提出仿效公立医院的做法，设立紧急抢救队机制，在院内安排 24 小时候召的驻院医生，却因私家医院人手不足，数十年来均未能推行有关机制。至于专家建议应有深切治疗部医生驻院，裁判官认同建议理想，但现时私家医院的情况与理想距离很远，而有关问题牵涉整个业界，应交由政府部门或其他相关机构处理，可见人手不足有可能影响服务质素。

**4.18** 现时护士病人比例的国际标准，是 1:4-6，即是一名护士可

<sup>14</sup> 立法会 CB(2)1441/10-11(04)号文件。

<sup>15</sup> 星岛日报（24/12/2010），《内地产妇裁定死于自然 羊水栓塞夺命 官指医生无失职》。

以照顾 4 至 6 名病人。但有报道指出<sup>16</sup>，本港部份私家医院护士短缺，有医院的内科病房，甚至要 1 名护士照顾 10 至 12 名病人，较国际标准高 1 倍，与公立医院 1:12-14 的护士病人比例亦相差不多，对服务质素有一定影响。私家医院出现护士短缺，根源是整体人手不足，2010 年全港共有约 4 万名注册和登记护士，每千人口护士比例仅为 5.6，远低于英国的 10.3 及美国的 9.8。

**4.19** 其他专职医疗人员，包括放射治疗师、职业治疗师及物理治疗师，同样出现人手短缺情况。理工大学是香港唯一提供上述本科课程的高等院校，有关学额却相当有限，放射学、职业治疗学及物理治疗学于 2010 年的首年入学额，分别为 48 名、46 名及 70 名。以放射治疗师为例，有报道引述私家医院表示，现时理工大学每年培训的放射治疗师并不足以满足市场需求，所以要招聘香港海外留学生回港工作<sup>17</sup>。有鉴于此，理工大学已逐步增加学额，2011 年录取 48 名新生，2012 年更将增至 98 个。另一方面，理大亦将计划将物理治疗学士学位收生人数，由原先的约 70 人大幅增加至 110 人。当专职医疗人员不足，最大影响是病人轮候时间增加，违反了市民使用私营医疗服务的原意。

**4.20** 现时各类医护人员整体人手均有不足，但从另一角度看，或可反映部份私家医院无视人手限制，接收过多病人或开设过多服务，甚至不合理地扩充。不论是驻院或挂单医生，私家医院都可从病例中获得分账，也就是说，医院和医生的收入，均与病症数目成正比，所以两者都有诱因增加服务量，但如果私家医院未有自律，不设上限地接收病人，则有机会影响服务水平。

<sup>16</sup> 文汇报（10/5/2010），《私院扩张护士缺 1 人照料 10 病人》。

<sup>17</sup> 明报（29/8/2011），《养和置新治疗系统 海外聘放射师》。

业界表示，本港一间私家医院近年完成扩充工程，原本预留两层予产科使用，但医院当时未能聘得足够人手，助产士更为短缺。在人手不足的情况下，医院虽然可以按原定计划继续扩充，但就可能造成一名医护人员照顾过多病人的情况，影响医疗质素。医院因而选择分阶段扩充，当时只开放其中一层，变相为收症数目设立上限，而另一层则暂时空置，留待聘请足够人手后再开放，以确保病人得到合理水平的医疗服务。

这种做法反映只要私家医院自律，因应人手设定收症上限，即可避免病人的比例过高，减低服务质素下降的风险。

## 第五章 | 外国经验参考

**5.1** 本港现时在私营医疗市场方面的规管过于宽松，但业界一般认为应透过市场机制，提高收费透明度、提升临床审核，以及增加医生人手，政府介入并非有效的解决方法。不过，参考海外的相关做法，发现不少国家早已就上述范畴作出一定程度规管，以保障病人权益，而这些措施只要安排得宜，业界也可得益，故多年来行之有效，本章节将会逐一检视各国例子。

### 一、收费透明度

#### 新加坡

新加坡公私营医院的收费需在网上公布

**5.2** 新加坡公私营医院的收费，都要呈交卫生部门，再由卫生部门在网页（[www.moh.gov.sg/mohcorp/billsize.aspx](http://www.moh.gov.sg/mohcorp/billsize.aspx)）上公布，透明度极高。这些收费全部以病症或手术，以及病房类别分类。部份病症例如哮喘，病例较为复杂，其收费项目甚至会分开列出「50岁以下哮喘」，以及「50岁以下哮喘并出现并发症」（表七）。

表七：新加坡政府卫生部网页提供的医院收费信息

病人要比较不同医院的收费，只需要在新加坡政府卫生部的网页，选取要接受治疗的项目，例如「60岁或以上糖尿病」，再拣选病房类别，例如「B2」等级的病房，就会出现以下数据：

Ward B2				
Hospitals	Volume <sup>1</sup>	Average Length Of Stay (Days) <sup>2</sup>	50th Percentile Bill Size (\$) <sup>3</sup>	90th Percentile Bill Size (\$) <sup>4</sup>
CGH	67	2.6	617	1,256
KTPH	90	3.5	607	1,383
NUH	92	1.8	313	1,014
SGH	128	2.9	592	1,446
TTSH	127	2.8	330	1,550

  

Legend	
AH	Alexandra Hospital
CGH	Changi General Hospital
KTPH	Khoo Teck Puat Hospital
NUH	National University Hospital
SGH	Singapore General Hospital
TTSH	Tan Tock Seng Hospital

这些数据显示：

1. 新加坡有 6 间医院，提供 60 岁或以上糖尿病病人的治疗。
2. 其中 5 间医院提供 B2 病房治疗。
3. 5 间医院在指定时间治疗的病例数目、平均住院日数以及收费。
4. 收费包括 50%病人支付相等或少于列出金额，可作为一般收费预算；及 90%病人支付相等或少于列出金额，可作为较高收费预算。

**5.3** 这些收费都是根据医院在指定时间上报的实际收费计算，而为确保列出的数据具参考意义，少于 30 个病例的收费不会列出。公立医院包括全部收费，私家医院则可能因为未能取得医生收费，所列的费用并不完整。

**5.4** 根据新加坡的发牌制度要求，所有医院必须向病人提供详

### 新加坡的发牌制度 要求医院向病人提 供详尽预算收费数 据

尽预算收费数据，确保病人可以获得足够数据作出决定。以住院病人为例，提供的数据必须包括预算医院收费、医生收费及医疗保险索偿额等，数据必须以书面形式提供，住院期间亦要定时更新。如果主诊医生并非驻院医生，医院亦有责任确保有关医生以书面形式向病人提供收费预算。

**5.5** 发牌制度也规定，医院提供的医疗账单，必须分开列出所有项目的收费，包括诊金、手术、病房、手术室、检查、药物等全部项目，为病人提供充足的参考及比较基础。

## 澳洲

### 澳洲政府在网上列 出所有医疗服务的 标准收费

**5.6** 澳洲政府透过 Medicare Benefits Schedule (MBS) 的网页 ([www.health.gov.au/mbsonline](http://www.health.gov.au/mbsonline))，列出所有医疗服务的标准收费。政府会透过其全民医疗保险计划 Medicare，为私营医疗系统入院病人，支付 75% 的标准收费，门诊病人方面，Medicare 会支付 85% 标准收费，剩余的 15% 至 25% 收费，则由病人的私营医疗保险支付。

**5.7** 如果医生的收费较 MBS 标准收费为高，则医生可以选择透过与保险公司的协议，向保险公司收取费用，病人无须支付任何费用，否则就必须在病人接受任何治疗前，先通知病人预计要支付的费用。病人在接受治疗后，如果发现开支较原先协议的为高，可以向有关当局投诉。有研究指出，85% 私营医疗服务中的病人均毋须额外付费<sup>18</sup>。

### 收费的知情同意是 一项信息，而非监 管

**5.8** 澳洲前卫生部长 Tony Abbott，在 2006 年一个会议上致辞时表示，有关收费的知情同意 (Informed Financial Consent) 是一项信息，而非监管。政府接受医生有权自定义他们认为公平的收费，但同时病人也有相等的权利，在接受任何治疗前获知预算的开支<sup>19</sup>。

**5.9** 但有人质疑法例未有规定医生必须以书面形式通知病人收费，可能造成争议。

<sup>18</sup> Productivity Commission (2009), Public and Private Hospitals.

<sup>19</sup> Australian Government Department of Health and Ageing (16/5/2006), <http://www.health.gov.au/internet/ministers/publishing.nsf/Content/health-mediare1-yr2006-ta-abbsp160506.htm?OpenDocument&yr=2006&mth=05>

## 二、医疗服务质素

### 美国

**5.10** 美国以私营医疗机构为主导，大部份国民都透过医疗保险支付医疗开支，但长者及残疾人士，以及低收入人士及家庭，经审批后分别可透过 Medicare 及 Medicaid 获得政府资助，款额由政府部门直接支付予医疗机构。现时 Medicare 及 Medicaid 两个计划，是美国医疗服务最大的「消费者」。

*美国提供财政诱因，要求医疗机构呈报质素指标*

**5.11** 为提高医疗服务质素，美国在 2003 年通过法案<sup>20</sup>，提供财政诱因，要求医疗机构呈报一系列的质素指针。呈报成功的医疗机构，在年度调整 Medicare 价格时可获批加价；相反，如果呈报有问题，当局会在支付 Medicare 费用时，扣减 2% 金额作为惩罚。

**5.12** 以住院病人为例，2010 年共有 42 项指标，例如心脏病人在 30 日内再度入院的比率，以及肺炎病人抵达医院至首次获得抗生素治疗的时间等。要求私营医疗机构呈报这些指标，除了令机构更注重服务质素外，当局更会在网页 Hospital Compare ([hospitalcompare.hhs.gov](http://hospitalcompare.hhs.gov)) 公开部份透过计划搜集的数据，方便病人在作出选择前获取更全面的信息（表八）。

---

<sup>20</sup> Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act.

表八：美国 Hospital Compare 网页

网页 Hospital Compare 数据详尽，在每次查询中，消费者可在同一个州份内选择最多三间医院作比较。其中一项指标是临床成效，包括心脏病及肺炎的死亡率和再入院率，但这些比率与病人原本身体状况有关，例如如果本身有严重长期病患，心脏病发死亡率可能较高，并不一定反映医院质素较差。网页以「与美国整体比率相若」或「较美国整体比率差」、而非绝对数字作显示，加上只包括 Medicare 病人，亦即长者及残疾人士的数据，身体状况差异较少，相信可以较有效反映相关情况。

	醫院 A	醫院 B
Rate of Readmission for Heart Attack Patients	No Different than U.S. National Rate	No Different than U.S. National Rate
Rate of Readmission for Heart Failure Patients	Worse than U.S. National Rate	No Different than U.S. National Rate
Rate of Readmission for Pneumonia Patients	No Different than U.S. National Rate	Worse than U.S. National Rate

另外，其他指标包括临床处理，如门诊病人心脏病发至获得治疗的时间，以至指定手术或疾病的临床数据，甚至病人对医疗服务的感受，均可以作出比较。

Average number of minutes before outpatients with chest pain or possible heart attack got an ECG (a lower number of minutes is better)	28 Minutes <sup>1,3</sup>	13 Minutes
Outpatients with chest pain or possible heart attack who got drugs to break up blood clots within 30 minutes of arrival (higher numbers are better)	Not Available <sup>5</sup>	0 patients <sup>1,†</sup>
Outpatients with chest pain or possible heart attack who got aspirin within 24 hours of arrival (higher numbers are better)	80% <sup>1,3</sup>	94%
Heart Attack Patients Given Aspirin at Arrival	97%	97%
Heart Attack Patients Given Aspirin at Discharge	95%	100% <sup>1</sup>
Heart Attack Patients Given ACE Inhibitor or ARB for Left Ventricular Systolic Dysfunction (LVSD)	87%	100% <sup>1</sup>
Heart Attack Patients Given Smoking Cessation Advice/Counseling	100%	100% <sup>1</sup>

**5.13** 美国近年再推出一项名为 Premier Hospital Quality Incentive Demonstration 的试验计划，为医疗质素较高的医疗机构，包括医院、医疗集团及私人执业医生，提供财政上的奖励。参与计划的医疗机构同样要呈报指定的质素指标，当局在支付 Medicare 费用时，达标的机构可获较高金额，相反就会扣减 1%至 2%金额。如果成为区内表现最佳的机构，又或质素较对上一一年改善，再可获得额外财政奖励。

**5.14** 当局指出，有关计划有助提升医疗机构质素，但同时发现医疗机构即使没有参与计划，只要有透过 Hospital Compare 公开质素数据，其质素也有大幅改善。当局估计，只有 10%至 17%的医疗机构，其质素提升与试验计划所提供的财政诱因有直接关系<sup>21</sup>。目前试验计划仍然继续进行。

## 澳洲

**5.15** 澳洲大部份医疗机构已经获得 EQUIP 的医院认证，此项认证由澳洲一个非牟利机构「澳洲医疗服务标准委员会 (Australian Council on Healthcare Standards)」提供，委员会会派出认证评审员，到医院评估各项医疗程序及成效等。评审员初次评估后会提出意见，并建议医院作出改善，之后再作评估，整个认证程序为期数年，可被视为医院提升质素的过程。

**5.16** 有研究指出<sup>22</sup>，医院认证早在 1970 年代已经出现，但至 1990 年代才普及。澳洲医疗机构参与认证的诱因提高，原因有二：一、澳洲私营医疗体系 80%病人，有接受私营医疗保险融资，而保险公司一般要求医院通过认证，才会与有关医院合作，也就是说，病人要到这些通过认证的医院求诊，才可获保险公司赔偿；二、即使医院未有与保险公司合作，只要符合通过医院认证等条件，其病人也可以获得政府资助。

**5.17** 除却昆士兰外，澳洲其余省份没有订立法例，直接要求所有私营医院必须获得认证<sup>23</sup>，但会提供财政诱因，因此目前大部份公私营医疗机构已自行取得认证，在医疗质素上提供最低限度的保障。

<sup>21</sup> Centres for Medicare and Medicaid Services (2/9/2011), [http://www.cms.gov/HospitalQualityInits/35\\_HospitalPremier.asp#TopOfPage](http://www.cms.gov/HospitalQualityInits/35_HospitalPremier.asp#TopOfPage)

<sup>22</sup> Productivity Commission (1999), Private Hospitals in Australia.

<sup>23</sup> Australian Government Department of Health and Ageing (5/9/2011), <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing-iar-description-outcomes.htm~ageing-iar-description-outcomes-6.htm~ageing-iar-description-outcomes-6-5.htm>

**5.18** 可是，研究同时指出<sup>24</sup>，医院认证未有提供临床成效数据，难以作为医疗质素的保证，而认证使用的指标过于空泛和简单，甚至不足以作为整体临床质素的标准。更重要的是，这些数据一般只供医院内部使用，或与保险公司谈判，而不是为消费者提供的数据，甚至有时连医生也未能接触到这些资料，欠缺透明度。因此，研究建议当局考虑措施，让病人有效取得更多临床数据数据。

**5.19** 另外，澳洲法例对私营医院也有一定限制，以保障医疗质素。例如维多利亚州省的发牌制度，要求私营医院必须符合最低护士病人比例，以及护士组合要求（Mix of Nursing Staff Requirements）等。

### 三、医生人手安排

#### 新加坡

**5.20** 新加坡统计局最新数据显示，2010年新加坡人口已超过500万。根据世界卫生组织数据显示<sup>25</sup>，在2009年，新加坡每千人口有1.83名医生，以及5.90名护士，低于其他已发展国家。虽然新加坡人口较香港少，而其医生人口比例略高于香港，但新加坡早年已致力增加医生人手供应，包括近年陆续增加两间医学院，合共提供的学额较香港为多，并积极吸引海外医生到当地执业。

**5.21** 2006年，当时的卫生部长 Khaw Boon Wan 在新加坡第二间医学院的奠基晚宴上致辞时指出<sup>26</sup>，新加坡面对人口老化，加上发展医疗旅游，相信医疗需求有增无减，如果没有足够的医生及专科医生，不但不能配合需求，更可能造成医疗开支上升，所以必须增加医科学额，同时吸引海外医生到新加坡执业，每年吸纳130名海外医生。

**5.22** 新加坡现有两间医学院，分别为 NUS Yong Loo Lin School of Medicine 及 Duke-NUS Medical School，前者提供医科本科课程，2010/11 学年共提供 260 个学额；后者提供的研究生课程，让医科外任何本科毕业生修读，毕业后同样可以执业，2012 年的目标是

<sup>24</sup> Productivity Commission (1999), Private Hospitals in Australia.

<sup>25</sup> 世界卫生组织 (30/8/2011), <http://apps.who.int/ghodata/?vid=92000>

<sup>26</sup> Ministry of Health (1/9/2011), <http://www.moh.gov.sg/mohcorp/speeches.aspx?id=12310>

收取 56 名学生。另外，Nanyang Technological University 与英国 Imperial College London 合办的新医学院将于 2013 年起招生，预计初时会提供 50 个学额，长远增加至 150 个。

**新加坡增加人手措施：增加学额、承认海外大学的学历**

**5.23** 新加坡卫生部亦承认海外 28 个国家或地区、共 160 间大学的医科学历<sup>27</sup>，其中包括香港大学李嘉诚医学院及香港中文大学医学院，以及内地指定 8 间院校等。由于部份国家额外要求医科毕业生，通过全国性考核才可执业，例如美国的 USMLE 考试或加拿大的 MCCQE，新加坡也要求这些国家的毕业生通过相关考核，获取当地执业资格，才可到新加坡执业。

**5.24** 认可大学的医科毕业生即使未曾实习，只需要获得认可医疗机构聘用，即可申请临时注册，在新加坡实习。申请人毋须考试，但要提供大学成绩作为参考，审批需时两至三个星期。

**5.25** 如果申请人已完成实习，但未有专科资格，则可申请有条件注册，同样需时两至三个星期审批。相关医生首年必须在认可医疗机构工作，并接受评估，通过评估后才可到其他机构，包括私营医院执业，两至四年内可以获得正式注册。

**5.26** 专科医生方面，现时新加坡有专责部门只审批 35 个专科，并承认部份海外专科培训课程，相关医生需提交完成专科培训的证明文件，并在相关专科有最少三年经验，即可申请有条件注册，获审批后可以自由执业，一至两年内可获正式注册。

新加坡卫生部网页首页设有一个为海外医学院毕业生提供注册信息的专项。进入相关专页后，首先出现的是「在新加坡工作的十大理由」，包括当地政府推动医疗发展的长远策略等，吸引海外专才，更有个案分享。其中一个个案，主角是一名在香港出生、13 岁时移居新西兰，并于该国完成医科培训的女医生。她没有解释为何选择到新加坡工作，但就提及决定与「重回亚洲生活」有关，但如果她想回到土生土长的香港执业，为港人服务，在现行政策下恐怕就不那么容易了。

<sup>27</sup> Singapore Medical Council (30/8/2011), <http://www.smc.gov.sg/html/1153709442948.html>

## 澳洲

**5.27** 2009年，澳洲每千人口有2.99名医生及9.59名护士<sup>28</sup>。为增加人手供应，澳洲早于2000年已逐步增开医学院，现时已有超过20间医学院，提供本科或研究生医科课程。医科毕业生由2005年的1,300名，增加至2010年的2,100名，增幅超过60%<sup>29</sup>。

**5.28** 2006年起，部份国家的医科毕业生亦可以豁免考试到澳洲执业。有研究指出<sup>30</sup>，澳洲政府制定有关措施主要有四个原因：一、有迫切需要透过增加医生人手应付人口老化；二、女性医生一般较早离职以照顾家庭；三、公众对缩短轮候时间和提升医疗素质的要求提高；及四、偏远地区医生不足的问题越趋严重等。

**5.29** 一般而言，海外毕业生必须通过澳洲监管机构的笔试及临床考试，但英国、加拿大、美国、新西兰、爱尔兰的医科毕业生<sup>31</sup>在通过当地临床培训后，可以向澳洲监管机构申请有限度注册，再经过一段时间的工作期间绩效评估，即可取得正式注册。

**5.30** 监管机构更会因应不同省份的医疗需求，控制普通科及不同专科医生的流入。也就是说，其中一个省份欠缺心脏科专科医生，就会输入海外心脏科医科医生；而另一个省份专科医生人手充足，但普通科医生不足，该省份就会输入普通科医生。这种做法弹性较大，有效缓冲各个科目的人手安排。

**5.31** 有针对澳洲医疗体系的研究报告<sup>32</sup>指出，医生人手供应对公私营医疗体系的成果及医疗收费都有着关键影响。报告指在1990年代，澳洲的医学额由多间医学院，根据专科医生与人口比例制订，对于海外专科医生也有严格审核，限制医生人手供应，一来确保医生素质，二来亦可避免医生人手过剩，造成「诱导需求」(Supplier-induced Demand)，即是医生为确保收入，要求病人接受不必要的医疗或检查服务等。

**5.32** 然而报告亦指出，当时有意见认为，部份医学院过度限制医生供应，以增加医生的议价能力及收入，有可能间接造成医疗价格上涨，甚至令利伯维尔场失衡。正如上文提及，澳洲在2000

*澳洲的监管机构会因应不同的医疗需求，控制普通科及不同专科医生的流入*

<sup>28</sup> 世界卫生组织 (30/8/2011), <http://apps.who.int/ghodata/?vid=92000>

<sup>29</sup> Joyce, C.M, McNeil, J. J., & Stoelwinder J. U. (2006). 'More Doctors, But Not Enough: Australian Medical Workforce Supply 2001-2012,' in Medical Journal of Australia 2006, 184:441-446.

<sup>30</sup> Kamalakanthan, A. & Jackson, S. (2006). The Supply of Doctors in Australia: Is There A Shortage? Discussion Paper No. 341, May 2006, School of Economics, The University of Queensland, Queensland

<sup>31</sup> Australian Medical Council (2/9/2011), <http://www.amc.org.au/index.php/img/ca>

<sup>32</sup> Productivity Commission (1999), Private Hospitals in Australia.

年起，已透过增加医学额及放宽海外医生执业门坎，大幅增加医生人手供应。

## 第六章 | 改善市场的建议

**6.1** 食物及卫生局正处理自愿医保计划，预计最快 2015 年推行。当局期望透过自愿医保，将公营医疗系统提供专科门诊及住院服务的比例，由 9 成降低至 8 成，即私营市场服务量，将会由 1 成上升至 2 成，增幅达到 1 倍。

**6.2** 为配合医疗市场的发展，政府计划批出 4 幅土地，分别位于黄竹坑、将军澳、大埔及东涌，发展私家医院，预料可额外提供 2,000 张病床。这些私家医院可以较低价格取得土地，但就必须遵守部份批地条件，当局现正拟定条件，初步可能包括限制产科病床占整体病床的比例、必须有一定比例病床提供套式收费等。因此，相对现有的 13 间私家医院，新医院的限制可能较多。

**6.3** 有意见认为，只要引入新的私家医院作为竞争者，市场就会自然调节，因此毋须改变现时的规管模式。不过，既然公立医院在整个医疗系统中，已负起「安全网」的角色，私家医院的定位应该是为较有能力的病人提供不同选择，而要作出真正自由的选择，病人需拥有合理地获得信息的权利。

**6.4** 如前文所述，现时私营医疗市场在收费和质素上的信息皆不流通，而供求失衡则令私营市场的议价能力提高。因此，我们建议在收费、素质及人手上，作出一定规管，以保障病人权益，详细建议如下。

### 一、私院提高收费透明度

**6.5** 私营医疗市场有两个特点：一、病人（顾客）相信医生（服务提供商）的专业判断，接受他拣选的检查或治疗（服务或产品）；

二、而医生（中介人）亦会向医院（服务提供商）建议甚至施压，引入新的仪器和药物等（服务或产品），但使用这些仪器和药物并为此付款的却是病人（顾客）。由此可见，在私营医疗市场中，付款与选购服务的责任，在大部份情况下都是分开的。

**6.6** 由于缺乏专业知识，病人一般难以自行决定接受甚么检查或治疗，医生的专业意见最为重要，亦毋容置疑。不过，现时病人在整个「选购服务」的过程中，特别是财务安排上过于被动，所以应该加强病人的参与，其中最重要的就是增加收费透明度。

**6.7** 当局可考虑要求私家医院，在每年续牌时呈报过去一年的收费数据，并根据不同的病例组合，计算在各间医院各类病症的平均收费，以及最高一成病人的收费。这些收费数据应在网上发放，让公众可随时查阅，在选择医院、医生以至服务时，有更多数据作为参考。例如病人要接受肠癌化疗，各间医院一般收费大约是多少，如果选择最好的病房、医生以及药物，各间医院最高收费大约是多少等。现时本港亦有少数医院在网上公开参考价格，可见做法对于私家医院并非不可行。

**6.8** 有意见认为，医疗市场既然是利伯维尔场，就毋须公开收费，但这种说法并不恰当。不论是零售或服务业，大部份都是「明码实价」，即使部份行业如的士业，收费方式虽难以做到明码实价，但其计算收费方式却会公开，而且在机场等地点，更会有显示板指出到不同目的地的收费参考，为旅客提供更多消费信息。因此，在网上公开平均及最高收费，只是为消费者提供信息，而非为收费设定限制，并未有违背利伯维尔场的原则。

**6.9** 另一方面，当局应规定医院要采取措施，确保病人在接受任何检查或治疗前，获知医院及医生各种收费项目，以及整个检查或治疗所需的总金额，并以书面记录。在治疗过程中，往往会出现预期以外的情况，包括各种并发症等，造成额外收费，院方及医生应尽可能在治疗前，告知病人处理并发症将造成的额外开支预算，并在治疗过程中，定时以书面形式更新预算的总金额。

**6.10** 这种做法并非要强制医院为治疗费用设定上限，而是要与病人在财务安排上加强沟通，以确保病人作为消费者，在接受服务的任何一个阶段，都可以清晰知道自己需为服务支付的金额，而非被动地为医生选择的服务结账。

**6.11** 医院账单应详列各项收费，包括诊金、药物以至消耗品，一旦总金额较原定的预算大幅提高，医生必须作出解释，包括是

*当局可考虑要求私家医院，在每年续牌时呈报过去一年的收费数据，并在网上发放*

*当局应确保病人在接受检查或治疗前，获知医院及医生各种收费项目，以及整个检查或治疗所需的总金额*

否出现预料以外的情况以致需要额外服务、为何未能在过程中与病人沟通、额外服务是否在医学上和财政上最合理的选择等。当局亦应设立部门或法定机构，如果病人不满意医院和医生的安排，可以作出投诉。

**6.12** 有私家医生认为，医院套式收费令私家医生限制更大，也未能有效反映医生在每项手术中的参与等，认为套式收费应该只包括医院收费部份，医生费用则另计。医院和医生套式收费是否分列，目前尚有探讨的空间，但无论是否分开列出，最重要的是两者的收费均是公开及透明，病人在接受任何服务前，可以获得充足的信息。

**6.13** 现时私家医院不同等级病房，除了房价外，就连消耗品如棉花、租用手术室、以至医生巡房，各种费用都有不同，这种收费安排，即使业界亦认为没有合理解释。虽然这种安排有改革的必要，但私营市场始终是利伯维尔场，政府未必适宜在订价上作出规管，例如强制不同等级病房，除房价外要划一收费。不过，私家医院亦应该作出检讨，采用更合理的收费机制，如果要沿用这种收费安排，则应确保病人在所有项目的收费上，同样获得充足信息。

## 二、私院引入临床审核制度

*当局应考虑引入临床审核，其中部份成效指标更应向公众公布*

**6.14** 现时本港多间医院获得的医疗认证，虽然有很高的参考价值，但在提供临床数据信息上，始终有一定限制。医疗涉及健康和生命，病人作为消费者，在选择任何服务之前，应该有权利获得最完善和详尽的信息，以作出适合的决定。因此，当局应考虑要求私家医院，全面引入临床审核（Clinical Audit），其中部份成效指标，更应向公众公布。

**6.15** 当局可与医科专科学院商讨，为不同科目制定临床成效指针，由医院收集数据再呈报。以外科为例，手术中过量失血的比率、手术引致的肺动脉或深层静脉栓塞、手术前后正确使用抗生素的比率、手术后在预期以外需要使用深切治疗的比率，都可以显示手术的成效，而且这些数据只需透过手术记录和病历中收集，而非由医生自行申报，有助更客观准确地反映医疗质素。拣选成效指标必须具代表性，可以有效反映整体状况，以免过多数据和指针造成混乱。

**6.16** 临床成效指标可以协助私家医院进行临床审核。再以外科为例，假设手术后使用深切治疗的比率，一直维持在 10%，但突然上升至 50%，显示可能出现问题，医院应该研究比率大幅上升的原因，可能是手术安排过密以致医生疲劳过度、护士未有根据指引把手术室彻底消毒而造成病人感染等，再制定改善方案。因此，透过筛选和标示问题，并作出适当跟进，临床审核可被视为医院自我提升质素的方法。

**6.17** 当局也应该要求私家医院，呈报临床成效指针数据以作监管，在医院未能妥善找出原因时提供协助。另外，近年各间医院逐步增加驻院医生的数目，但仍有不少私家医生在不同医院「挂单」。如果临床成效指标只供医院内部使用，则只能反映挂单医生部份情况，未必能全面监察他们的临床表现。因此，呈报这些数据，当局除可监察私家医院外，亦可整合各间医院的相关数据，以监察医生的整体临床表现。

**6.18** 另外，由于挂单医生占私营市场一定比例，所以不宜要求私家医院必须符合指定的医生病人比例。不过，如果医院出现人手编配不当的情况，例如医院其中一个专科，只有一名驻院医生，医院却接收大批病人，该名医生无法妥善处理所有病例，导致医疗质素下降，都可以透过审核临床成效指标发现，并要求医院改善。

**6.19** 当局应拣选部份重要的数据，以容易理解的方式向外公布，供病人参考。不过，直接公开数据或会引起误会，例如甲医院有 10%病人在手术后使用深切治疗，乙医院则有 15%的使用率，一般会认为甲医院较佳，却可能忽略临床质素以外的因素，例如乙医院一名医生技术较好，愿意进行较高危和复杂的病例，以致需要使用深切治疗的比率较高。因此，在公布信息时，可选择「高于标准」、「达到标准」等较广泛的字眼，避免造成误会。

**6.20** 有意见认为，如果公开临床成效指标，私家医院有可能拒绝接收高危病人，将风险降至最低。不过，现时私家医院亦较常处理普通病例，高危病人一般会由公立医院负责。而美国卫生部门指出<sup>33</sup>，根据当地经验，公开指标是令私家医院提升质素的重大诱因，甚至较奖金等财政诱因更有效，但就未有提出证据显示，做法会令私家医院拒收高危病人。

---

<sup>33</sup> Department of Health & Human Services (9/12/2010), Medicare Demonstrations Illustrate Benefits in Paying for Quality Health Care.

### 三、政府规划整体医生人手

**6.21** 全球发展国家都有人口老化的趋势，整体医疗需求也有所增加。要迎合上升的医疗需求，提供及时、高质素及可负担的医疗服务，医疗人手是否足够，是其中一个决定性的因素，故不少国家早已制定长远人手策略，包括增加医科学额及引入海外医生等。反观本港现时的医疗人手政策趋向保守，长远规划有欠妥善，当局应考虑作出调整。

**6.22** 随着人口老化，加上内地人来港求医等，本港医疗服务需求预计会继续增加。特首曾荫权在 2011 年《施政报告》中提出，由 2012 年起的三个年度，增加 100 个医科学士学额、40 个护士学额，及 146 个专职医疗人员学额。这些措施虽然有助补足现有的人手差距，但要应付未来的医疗需求，当局应以本地人口增长及年龄变化等，评估未来的医疗需求以推算人手需求，并以有关数据分阶段增加医学额，令本港每千人口医生比例，逐步追上其他发展国家，令本港培训的医科人才合理地满足医疗需求的水平。

**6.23** 当局指推算本地医疗需求并不困难，但就难以预估外来需求，而这种外来需求更受经济环境影响，故较难作出预测。因此，当局也应该引入其他缓冲措施，包括考虑承认更多海外医学院课程，让医生免试在本港公立医院，以有限度注册形式执业，工作一定年期后，由部门审核其工作表现，表现理想的再申请正式注册。招聘海外医生的安排应具有弹性，在本地医生不足的情况下，针对性引入相关专科的人手，确保本地医生的生计不会受影响。

**6.24** 现时医院管理局聘请海外医生的途径，主要是在英国及澳洲刊登广告，因为两地都是以英联邦制度培训医科生，与香港的制度相似。不过，若要吸引更多海外医生，当局应与医科专科学院等专业机构，审视海外医学院的课程及毕业生质素，以医学院为单位作出审批，而非整个国家任何医学院的毕业生均合符资格，令申请人的质素较有保证。

**6.25** 有意见指出，如果豁免海外医生考试，质素难有保证，但既然是课程质素较高的指定海外医学院毕业，资历未必较本港毕业生低，而且过往大部份本港医生，都是在海外接受专科培训，专业质素因此亦获得肯定。另一个考虑是这些医生未必全部懂得广东话，与病人沟通或会出现障碍，故可以考虑加入广东话作为

*当局应考虑承认更多海外医学院课程，让医生免试在本港公立医院执业*

*以医学院为单位作出审批，而非整个国家任何医学院的毕业生均合符资格，令申请人的质素较有保证*

招聘条件，而部份较少与病人直接沟通的专科，又或较常与其他医生合作的专科，例如现时人手严重不足的麻醉科，则毋须加入此项条件。

**6.26** 病人一般会相信医生的判断，接受医生建议的检查和治疗，而当医生人手供于求时，少数医生甚至有可能为确保个人收入稳定，而诱导病人接受不必要的检查和治疗。因此，当局在人手预测上，必须进行适切的研究，确保供求达致合理平衡。而海外医生正可以作为缓冲，当整体医疗需求突然上升，可以实时作出响应，令人手安排策略更有弹性。

**6.27** 至于海外医生会否影响本地医生就业？有研究指出<sup>34</sup>，不少国家聘用海外医生，其目的都是填补本地医生空缺，一来较有弹性，二来海外医生亦较愿意接受一些本地医生认为不理想的工作安排，包括通宵轮班和在偏远地区工作。因此，只要安排理想，海外医生可以实时舒缓人手不足之余，亦不会对本地医生的就业市场造成不合理的冲击。

**6.28** 针对海外护士在港的注册考试及格率低，如 2011 年初的及格率仅得 7.4%<sup>35</sup>，护士管理局相信与考生不熟悉香港医疗环境有关，当局正研究在特定条件下容许海外护士在港短期执业，包括工作时由注册护士指导，有助海外护士熟习临床环境，同时增加香港护士供应及选择，整体做法与医生「有限度注册」相似。由于此举不是「免试」，而是鼓励「边工作边考试」，相信不会影响医护人员的专业水平。

**6.29** 当局指规划人手安排的另一个困难，是难以预测私营市场对医生的需求，故当局可考虑要求私家医院于每年续牌时提交未来 3 至 5 年的发展规划，包括计划加开的专科、扩充或缩减的服务等。当局可以相关数据作为基础，估算私家医院未来人手需求，并作出准备，例如提前 1 至 2 年聘请海外医生，在公立医院以有限度注册执业，让他们有充足时间适应本港工作环境，当私家医院扩充服务导致公立医院人手流失时，这些海外医生已可独立工作。

**6.30** 私营医疗服务很大程度会受到经济波动影响，整体经济环境较好，私营市场也较蓬勃，反之亦然；由于业界难以准确预测

<sup>34</sup> Kamalakanthan, A. & Jackson, S. (2006). The Supply of Doctors in Australia: Is There A Shortage? Discussion Paper No. 341, May 2006, School of Economics, The University of Queensland, Queensland

<sup>35</sup> 文汇报 (26/7/2011), 《拟放宽聘海外护士 边做边考试》。

未来经济状况，故在长远规划上有一定难度。因此，这些发展计划不应是硬性规定，例如现时规划 3 年后要扩充心脏科服务，加开 30 张病床，聘请 3 名具 10 年经验的专科医生，并非 3 年后就一定要全额完成，而是可以每年因应对市场不同预测作出调整，让政府有关部门掌握更多资料，更有效地推算人手需求。

## 第七章 | 结语

**7.1** 本港的私营医疗系统，特别是私家医院，相信在未来数年会继续发展。私营市场长久以来都以「利伯维尔场」作为盾牌，抗拒政府监管，部份私家医院虽然自行参与医疗认证、发展套式收费等，但只属少数例子。作为负责任的政府，当局不应只靠私家医院「自律」，而应尽快建立一套完善的监管制度，保障市民获得合理的医疗服务。

**7.2** 自愿医保计划数年内就会推出，届时保险公司在医疗系统中将担当更重要的角色。不过，当局也应该监察保险公司，如果其议价能力过高，也可能出现问题。2006 年传媒报道<sup>36</sup>，有私家医生投诉两间保险公司，要求联系医生限制转介专科个案须低于 10%、每个诊症成本维持 30 元以下等，就是最佳例子。因此，当局亦应该确保保险公司、私家医院及私家医生三方面平衡发展，以达到互相制衡的效果，对病人才最为有利。

**7.3** 另外，医保计划如果较预期成功，私家医院的需求较预期中更高，会否出现已购买医疗保险的市民，因未能预约私家医院床位而被迫回流公立医院？如果出现上述情况，应该如何处理？当局应该仔细研究，及早做好准备。如果未能保障病人能够预约床位，医保计划就等同预缴费用却未能取得服务的「团购」，损害消费者权益。

**7.4** 在推动私家医院发展的同时，政府也不能忽略公营医疗系统。不论私家医院发展再理想，医院管理局辖下的 41 间公立医院和医疗机构、48 间专科门诊及 74 间普通科门诊，也要发挥作为香港市民安全网的功能，提供合理水平的医疗服务。

<sup>36</sup> 香港经济日报（6/5/2006），《保栢 AIA 新约 疑违医生守则》。

**7.5** 最后，自本港 3 间大学成立中医药学院后，每年约有 100 名中医药学士毕业，培训了一批年轻的合资格中医师。随着中医药发展在本地日益成熟，当局可加强研究中医与西医的协作，为病人提供更多的治疗选择，全面保障市民健康。