



# 香港私營醫療市場： 當前的挑戰與未來的應對

香港集思會

陸偉棋 趙燕婷

2011年11月



## 作者簡介

**陸偉棋** 香港集思會首席研究主任，曾任職香港特區政府中央政策組高級研究主任；英國牛津大學哲學博士、香港大學哲學碩士，及香港大學文學（一級榮譽）學士。

**趙燕婷** 前香港集思會研究主任。

# 目錄

## 摘要

第一章	<b>引言</b>	1
第二章	<b>發展概況</b>	3
第三章	<b>市場特點</b>	6
第四章	<b>面對的三大問題</b>	11
第五章	<b>外國經驗參考</b>	19
第六章	<b>改善市場的建議</b>	29
第七章	<b>結語</b>	36

本文只代表作者個人意見，並不一定代表香港集思會的立場。

# 摘要

2010年10月，政府就醫療改革建議展開第二階段公眾諮詢，提出自願醫保計劃，期望逐步增加私營醫療系統的市場份額，令公營與私營住院病人比例由目前的9:1逐步下降至8:2，促進公私營醫療體系的均衡發展。隨著13間私家醫院爭相擴充，大幅提高服務量，私家醫院在人手、服務及收費等方面卻衍生不同問題，包括收費透明度不足、難以判斷醫療質素、醫護人手比例失衡等。

醫療服務有別於一般產業，不論是公營或私營體系，應以應付本地市民需求為主，若有額外的服務量才用作照顧外來病人，以免影響本地居民應得的服務水平。檢視目前私營醫療體系的現況，業界一直以自由市場為理由，抗拒政府介入監管；他們相信只要引入新的私家醫院作為競爭者，市場就會自然調節，毋須改變現時的規管模式。然而，醫療關乎生命及健康，亦更可能涉及大筆費用，作為負責任的政府不應只靠私家醫院「自律」，而應盡快建立一套完善的監管制度，保障市民獲得合理的醫療服務，並協助私家醫院有序發展。

要改善私營醫療市場失效的狀況，必須從三大方面著手：第一，提高收費透明度，讓病人擁有充足的資訊，作合理的比較及醫療決定；第二，引入臨床審核，客觀反映醫院的服務質素，同時提升整體醫療水平；第三，就社會及市場需要作出規劃，適量地增加醫護人手，應該不斷上升的醫療需求。

## 建議一、私院提高收費透明度

病人一般缺乏專業知識，難以自行決定接受哪種檢查或治療，主要依靠醫生的專業判斷。當局可考慮要求私家醫院每年呈報收費數據，根據不同的病例組合，計算在各間醫院、不同病症的平均收費，以及最高一成病人的收費，並在網上向公眾發放，讓病人在選擇醫院、醫生以至服務時，均有更多資料作為參考。此舉的

目的是為消費者提供資訊，而非為收費設定限制，未有違背自由市場的原則。

當局應規定醫院要採取措施，確保在病人接受任何檢查或治療前，獲知各種收費詳情，包括整個檢查或治療所需的總金額、處理併發症可能造成的額外開支預算等，以書面記錄並定時更新。這種做法可加強院方與病人在財務安排上的溝通，確保病人作為消費者的知情權。醫院的賬單應詳列各項收費，包括診金、藥物以至消耗品，一旦總金額較原定的預算大幅提高，醫生必須作出解釋。當局亦應設立部門或法定機構，如果病人不滿意醫院和醫生的安排，可以隨時作出投訴。

## **建議二、私院引入臨床審核制度**

現時本港多間私家醫院均獲得醫療認證，但當發生嚴重醫療事故，只需向衛生署呈報，並無規定要向公眾交代；而大部分反映醫療質素的數據，只供院方內部審核和檢討之用，市民缺乏判斷私家醫院醫療質素的基礎。針對這個問題，當局可考慮要求私家醫院全面引入臨床審核，由專科醫生為不同科目制定臨床成效指標，把有關指標的數據呈報，並選取當中具代表性的重要指標，定期向市民公布，客觀而準確地反映各私家醫院的醫療水平。

根據外地經驗，公開指標是令私家醫院提升質素的最大誘因，甚至較獎金等財政誘因更為有效。臨床成效指標可協助私家醫院進行臨床審核，找出現時的不足之處，並作出適當跟進，研究針對性的改善方案。另外，由於不少私家醫生會在不同醫院「掛單」，當局可透過整合各間醫院的相關數據，全面地監察醫生的整體臨床表現。

## **建議三、政府規劃整體醫護人手**

目前全球發展國家均有人口老化的趨勢，整體醫療需求也有所增加，故不少國家早已制定長遠人手策略，反觀本港現時的醫療人手政策趨向保守，長遠規劃有欠妥善。政府可考慮要求私家醫院每年提交未來 3 至 5 年的發展規劃，包括計劃加開的專科、擴充或縮減的服務等，並因應醫療市場的發展作出預測，例如就本地人口增長及年齡變化等，就未來的醫療需求作出整體評估，以規劃全面的醫護人手供求。

在有關數據的基礎上，政府可分階段增加醫科學額，令本港每千人口醫生比例，逐步追上其他發展國家，以應付本地醫療需求。當局也應該引入其他緩衝措施，包括承認更多海外醫學院課程，

讓醫生免試在本港公立醫院，以有限度註冊形式執業，工作一定年期後，表現理想的可申請正式註冊。為確保海外醫生的質素，當局應與醫科專科學院等專業機構，審視海外醫學院的課程及畢業生質素等，以醫學院為單位作出審批。另一方面，需要針對性地引入人手不足專科的海外醫生，確保不會對本地醫生造成衝擊，增加醫護人手安排的彈性。

# 第一章 | 引言

**1.1** 本港醫療水平發展成熟穩健，不論是臨床和研究等方面，在區內甚至全球，都有領先地位，例如在 2006 年，本港每千名登記活產嬰兒只有 1.8 名夭折，夭折率是全球最低<sup>1</sup>，同時港人平均壽命延長，足證本港醫療質素之高。其中公營醫療系統，照顧全港 90% 住院病人，加上門診及各種資助服務，大致上可以提供全民醫療保障，病人極少因財政困難而未能得到適當治療。

**1.2** 不過，食物及衛生局表示，為確保本港醫療系統能夠長期持續發展，在 2008 年 3 月發表名為《掌握健康 掌握人生》的醫療改革公眾諮詢文件，提出全面改革醫療系統的建議及輔助融資方案。2010 年 10 月，當局就醫療改革建議展開第二階段公眾諮詢，名為《醫保計劃 由我抉擇》，提出自願醫保計劃，即由政府負責規範及監管的自願參與私人醫療保險計劃。

**1.3** 當局建議加強對醫療保險產品的規管，並提供財政誘因吸引市民購買醫療。如果計劃成效理想，購買保險的市民就會增加，客觀效果是透過保險索償，令更多市民有能力使用私營醫療服務，令私營醫療市場在本港整個醫療體系中，扮演更重要的角色。政府更期望，屆時公營與私營住院病人的比例，將會由目前的 9:1 逐步下降至 8:2，換句話說，私營醫療系統的市場份額，將會增加足足一倍。

**1.4** 然而，回顧 2008 年至今，私營醫療系統急速發展，13 間私家醫院爭相擴充，但在整體規劃不足的情況下，私家醫院在人手、服務及收費多方面，已陸續出現問題，有關私院的投訴時有報道。可以想見，如果未能及早做好政策配套，令私家醫院有序

私營醫療系統的市場份額將會增加一倍

<sup>1</sup> 香港特別行政區政府（2006），《香港年報 2006》。

發展，不但會影響病人作為消費者的權益，甚至未能為市民提供公營醫療系統外的選擇。

**須就私家醫院的發展做好政策配套**

**1.5** 有見及此，我們在 2011 年 8 月至 9 月，與有關界別的持份者進行訪談，包括政府官員、立法會議員、私家醫院管理層、醫療專業機構代表、私家醫生及保險業界等，並參考海外例子，了解本港私營醫療系統現時定位及未來發展，探討政府在人手、服務及收費的監管上可扮演的角色。本報告旨在檢視現時私營醫療系統的不足，提出相關政策建議，期望完善監管制度，為市民提供健康和財政上的最佳保障。



## 第二章 | 發展概況

**2.1** 本港公私營醫療系統並存，在基層醫療方面，私營市場佔大約 90%，但在專科醫療及住院服務方面，私營市場大約只佔 10%。由於私家醫院近年急速發展，所以下文將會集中討論私家醫院的現況。

**2.2** 2007 至 2008 年度，私人醫療衛生開支達到 405 億元，主要用於私營門診服務、私營住院服務，以及購買醫療物品等，較 2004 至 2005 年度的 323 億元（以 2008 年固定價格計算）大幅上升 25%；至於同期的公共醫療衛生開支，則只從 388 億元微升至 391 億元，升幅不足 1%，可見私營市場的需求增幅較多<sup>2</sup>。

**2.3** 現時全港有 13 間私家醫院，包括由私營機構開設的港中醫院、養和醫院、明德醫院及沙田國際醫務中心仁安醫院，由教會主辦的嘉諾撒醫院、聖保祿醫院、浸信會醫院、寶血醫院、聖德肋撒醫院、播道醫院、香港港安醫院及荃灣港安醫院，以及由香港防癌會開設的香港防癌會賽馬會癌症康復中心。除仁安醫院外，其餘 12 間均由慈善團體營運。

**2.4** 截至 2009 年底，13 間私家醫院共提供 3,818 張病床，全年入院人次約為 360,000。在所有私家醫院病床中，普通病床約佔 77%，二等病床佔 15.6%，其餘約 7.8%則是頭等病床。在私家醫院住院服務的融資中，42%來自用者自付，37%來自僱主提供的私人醫療保險，個人名義購買的私人醫療保險則佔 21%<sup>3</sup>。在住院服務方面，醫療保險在融資安排的重要性，較在門診方面為高。

**2.5** 私營住院服務，在大部份情況下，可讓病人選擇醫生和設

<sup>2</sup> 食物及衛生局，《2007/08 年度本地醫療衛生總開支帳目》。

<sup>3</sup> 食物及衛生局（2008），《醫療改革第二階段公眾諮詢》。

施，輪候時間相對公立醫院為短，但服務收費則較高，基層市民較難負擔。而私家醫院往往根據病人所接受的服務，包括醫生、手術室和藥物等分開收費，甚至消耗品如棉花和紗布，都會逐件收費。

### 私家醫院收費飆升

**2.6** 近年私家醫院住院服務的收費飆升，有調查顯示，在 2009 年，透過保險索償的住院個案中，普通病床平均賬面金額為 24,000 多元，較 2005 年大約 18,000 多元上升超過 30%（表一）<sup>4</sup>。數據亦反映，租用頭等或二等病床的病人，其使用的手術室或棉花等，雖然與普通房床的病人一樣，但收費卻會較高，例如在 2009 年，頭等病床病人付出的平均賬面金額，是普通病床病人的 281%；二等病床病人的平均賬面金額，則為普通病床病人的 140%。

表一：2005 至 2009 年期間每宗醫院住院個案之平均賬面金額

病房類別	2005	2006	2007	2008	2009	2005 至 2009 年 升幅
頭等	\$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%

資料來源：香港保險業聯會《2009 年醫療索償數據調查》

**2.7** 私家醫院收費上升有不同原因，其一是隨着醫療科技發展，不少私家醫院引入新式儀器和藥物等，推高醫療成本。另外，近年本港和內地經濟向好，本地市民甚至內地居民，對本港私營醫療服務的需求上升，在病床和人手兩方面造成供求失衡，令私營市場有加價的空間。以產科為例，今年多間醫院大幅加價，包括仁安醫院 7 月向本地孕婦加價 13%至 14%、浸會醫院同月調高分娩套餐收費約 20%至 30%等，但都仍然爆滿<sup>5</sup>，可見服務供不應求。

### 部份服務的非本地居民使用率高達 8 成

**2.8** 在使用情況方面，有受訪的前私家醫院管理層指，其醫院的非本地居民使用率，由 10 年前少於 1%，增加至去年約 10%至 20%。不過近年引起爭議的產科，非本地居民的使用率則遠高於

<sup>4</sup> 香港保險業聯會（2009），《醫療索償數據調查》。

<sup>5</sup> 星島日報（7/7/2011），《四私家醫院加價》。

20%，其中有醫院更高達 80%，就連本地孕婦預約也有困難。

**2.9** 由於需求殷切，不少私家醫院大幅擴充。2006 至 2009 年，全港私家醫院新增合共約 700 張病床（表二），其中包括浸會醫院 260 張病床、聖德肋撒醫院 208 張、仁安醫院 138 張。而浸會醫院新建大樓，將會進一步增加 150 張病床，預料 2014 年落成。荃灣港安醫院的新建大樓，同於 2014 年落成，病床數目更會由現時 的 138 張，大幅增加至 450 張。仁安醫院亦有計劃興建新大樓，預計新增 300 張病床。相反，公立醫院的病床數目則錄得輕微下跌，由 2006 年初的 27,633 張，減少至 2009 年初的 26,824 張（表二），減幅約為 3%。

表二：2006 至 2009 年期間公立及私家醫院的病床總數<sup>6</sup>

醫院類別	2006	2007	2008	2009	2006 至 2009 年變化
公立	27,633	27,555	27,117	26,824	-3%
私家	3,100	3,400	3,700	3,800	+23%

資料來源：食物及衛生局

<sup>6</sup> 數據來自食物及衛生局於「立法會十題：公立及私家醫院服務」（2011 年 7 月 6 日）提供資料，當中公立醫院的數字截至翌年的 3 月底，私家醫院的數字則截至每年年底。

## 第三章 | 市場特點

克魯曼：「自由市場不適用於醫療市場。」

**3.1** 2008年諾貝爾經濟學獎得主克魯曼（Paul Krugman）曾於其專欄中寫道<sup>7</sup>：「自由市場不適用於醫療市場—以往沒有，以後也不會。（Unregulated markets don't work for health care – never have, never will）」不少經濟學者亦認為，醫療市場出現種種問題，其中一個原因正是，醫療市場不論是融資安排或是臨床服務均出現市場失效，需要政府介入監管<sup>8</sup>。由於本報告主要探討規管醫療市場，所以下文也會集中闡釋臨床服務的情況。

**3.2** 自由市場必須符合數個特點。在消費者方面，他們必須對服務的價格、品質和效益有足夠知識，以作出合理的抉擇；另一個要求是消費者可以預先清楚服務價格，並有足夠時間格價。而在供應者方面，也必須可以自由進出市場，才可以造成競爭。自由市場提供的產品，則應是不涉及公眾利益的私人產品。

**3.3** 有研究綜合國際經驗指出<sup>9</sup>，主要有四個原因導致醫療市場失效（表三），以至不少國家的政府需要介入市場，作出適量的監管與規劃。

<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：導致醫療市場失效的主要原因

原因	後果
醫院壟斷或寡頭壟斷	利潤過高、質素差劣、貴價服務膨脹
醫生擁有壟斷能力	誘導需求、差別取價、利潤過高、質素差劣、貴價服務膨脹
資訊屏障	尋找資訊困難、監管成本高昂
未有預先報價	競爭減少、貴價服務膨脹

**3.4** 那香港的情況又如何呢？病人與醫療服務提供者之間，對疾病知識、治療效果和醫療開支的認知，明顯存在不對等，病人作出任何醫療抉擇，往往完全依賴醫生或醫院的判斷，幾乎沒有拒絕治療或議價的空間。另一方面，醫生或醫院透過提供他們推介的服務賺取收入，這種雙重角色是導致市場失效的主因之一。

**3.5** 基於醫療服務存在變數，消費者未必能預先清楚服務價格，更難以做到「格價」。最顯而易見的是交通意外和火災等緊急醫療服務，病人基本上沒有選擇的空間，但即使是癌症或冠心病等，病人也未必認為自己有足夠時間「格價」和考慮，所以也不符合自由市場的要求。

**3.6** 在大部份交易中，消費者一般不認識賣方，例如在一間零售店購買相機，是基於其款式、質素和價格，較多受個人的喜好和判斷影響，而不是因為認識零售店的東主。相反，基於上文提及的資訊不對等，在醫療服務中，病人選擇接受某項檢查或治療，很多時是基於與醫生的關係，而這種關係則建基於信任上，病人甚至未必完全理解自己接受的服務，有違自由市場的原則。

**3.7** 購買相機屬私人產品，公眾不會因而獲利，社會也不會因而付出代價，但醫療服務則不一定是私人產品。以一名兒童接種流感疫苗為例，除了這名兒童本身患上流感的風險減低外，其家人以至同學，從他身上感染流感的風險也一併降低，所以如果全港兒童都接種疫苗，整個社會為流感而付出的代價就會大減，所以醫療市場涉及一定的公眾利益。

**3.8** 本港大部份社區，都有一定數目的私營普通科診所，較少出現壟斷或寡頭壟斷。不過，全港雖然有 13 間私家醫院，但床位供不應求，私家醫院近乎毋須在價格和服務上競爭，也已經有足夠客源，例如近年全港私家醫院，不論服務水平和價格高低，入

住率都接近 100%，即可反映其市場需求<sup>10</sup>。另外，由於設備和儀器不同，所以各間私家醫院提供的服務類別也有不同，部份服務競爭較少，例如骨髓移植，只有極少數私家醫院可提供相關服務，所以血癌病人如想到私家醫院接受骨髓移植，其實並沒有太多選擇。

**3.9** 如果服務提供者可以自由進出市場，壟斷或寡頭壟斷的情況均會減少。然而，在醫療市場中，有意參與市場的人士必須作出大筆投資。業界估計，要在香港興建醫院，即使不計地價，也要投資高達 30 億元，需時 10 至 15 年才可達至收支平衡，財政門檻極高，市場上有能力作出如此高額的投資者不多。另外，法例規定醫院的負責人即使不會參與前線工作，也必須是醫護人員，這些限制令服務提供者難以自由進入市場。

**3.10** 有意見認為，本港公營系統不論在價格、服務等方面，與私營市場已存在競爭關係，為病人提供選擇，而公營醫療亦已提供涉及公眾利益的服務，故私營市場應被視為「自由市場」。不過，公私營系統的醫療產品並非同質（Homogenous），例如私營市場提供的藥物、住院環境、餐飲水平等，都可能較公立醫院為佳，而當病人相信所獲得的服務並非同質，競爭就有可能減低。

**3.11** 雖然本港私營醫療市場失效，但業界一直以自由市場為理由，抗拒政府介入監管。另一方面，政府則以「小政府、大市場」為原則，放任市場自由發展，就連用於監管私家醫院的法例第 165 條《醫院、護養院及留產院註冊條例》，也是在 1930 年訂立，雖然 80 年來數度修改，但明顯未能跟上時代轉變，就連條例名稱中的「留產院」，亦早已絕跡香港。

*1930 年訂立的私家醫院的法例未能跟上時代轉變*

## 規管條例及守則過於寬鬆

**3.12** 有關條例內容方面亦極為寬鬆，根據規定，衛生署署長負責審批私家醫院註冊，而申請必須符合房舍、人手或設備方面的條件，但其中房舍及設備只是硬件的要求，人手方面則主要涉及醫院負責人、受僱的醫生和護士是否合資格，亦即有否註冊，但就沒有訂明醫生或護士照顧病人的比例。

**3.13** 衛生署近年再制定《私家醫院、護養院及留產院實務守

<sup>10</sup> 明報（6/10/2010），《日間手術有得賠 紓私院床荒》。

則》，在專業水平上加強規管。例如在人手方面，守則限制了部份高風險專科制定護理人數比例，以深切治療或重症護理病房為例，如有病人留醫，則病房內任何時間都要有一名曾接受重症護理訓練的註冊護士當值；護士與病人比例應不少於 1:1，處理危殆個案時更要增至 2:1；只有在病人情況穩定時，護士與病人比才可降低至 1:2。醫療機構必須遵守《實務守則》，方可獲註冊和重新註冊。

表四：《私家醫院、護養院及留產院實務守則》的規管範圍

規管範圍	例子
一般規定	在醫療機構的組織和管理、房舍及設備、人力資源、優質服務、病人權益等作出規範
臨床服務的標準	在多個專業上，包括手術室、腫瘤科、產科、日間手術及內窺鏡檢查等，列出規定及人手安排等指引
支援服務的標準	在膳食和醫療廢物處理等方面，提供指引

**3.14** 然而，有受訪政府部門指出，現時私家醫院服務規管（Service Regulation）過於寬鬆。以醫療收費程序為例，雖然《實務守則》有簡單規定（表四及表五），但私家醫院毋須上報盈利，加價毋須審批，就連政府有關當局要收集價格資訊數據作參考，也無法從私家醫院直接取得，而只能從保險公司等途徑間接了解。

表五：《私家醫院、護養院及留產院實務守則》第 7.3 章就收費的規管

收費
7.3.1 於入院登記處、繳費處或適當地方，備有收費表，列明房間、檢驗和治療程、醫療用品、藥物、醫療報告、病歷副本和其他收費，供病人參考。
7.3.2 收費如有調整，必須修訂收費表。
7.3.3 在可行的情況下把服務收費告知病人。
7.3.4 向獲准收症的醫生提供接受治療的病人所需繳交的費用，以供參考。

**3.15** 而且，縱使《實務守則》有規定，病人權益仍未受到保障。

例如報道指出<sup>11</sup>，有私家醫院今年 7 月增加分娩套餐收費達 30%，但卻沒有通知已預約並支付訂金的孕婦，有產婦更投訴分娩當日，才知道收費由預約時的 17,800 元，加價至 23,000 元，私家醫院則回應指，「留位費」並非首期，而且單張上已訂明價格如有更改，不會另行通知。雖然該私家醫院，最終向已支付訂金的孕婦，收取原定費用而非新價，但卻是在輿論壓力下妥協，而非基於受到規管。

### 需檢視規管醫院的 法例及守則

**3.16** 從以上分析可見，正如大部份海外醫療市場，本港私營醫療市場同樣出現市場失效，是造成前文提及各種問題的原因之一。市場失效的可能成因，包括市場缺乏監管，又或政府過度介入，然而檢視本港法例及守則，可見現時政府監管並不嚴謹，故市場失效較可能是由監管不足引起。

---

<sup>11</sup> 明報（19/7/2011），《臨盆始知加價 已落訂孕婦轟浸會無良》。



## 第四章 | 面對的三大問題

**4.1** 近年私家醫院的使用量增加，私營醫療業界的不足亦隨之浮現。其中最常有的投訴，是私營市場收費透明度不足，直接影響消費者權益。隨著服務量增加，有關醫療及服務質素的投訴也相應增加，但現時卻沒有公開數據供市民參考。私營市場急速膨脹，則導致公私營人手供求失衡。

### 一、收費欠缺透明

**4.2** 以往本港私營醫療市場以掛單醫生為主，這些醫生自設診所收症，如病人需要入院治療，便為病人揀選並預約醫院服務，透過「中介人」的角色為醫院帶來客源。也就是說，醫院的角色是出租病床、設施及護士等配套服務，與病人並無直接關係。近年不少私家醫院增聘駐院醫生，但部份駐院醫生並非醫院僱員，醫院毋須直接支薪，其與醫院的關係與掛單醫生相似，只是其「診所」設於醫院內，亦只會為病人租用其駐診醫院的住院服務。

**4.3** 當病人需要入院治療，掛單醫生和駐院醫生一般都會先估算治療費用，告知病人整體醫療開支：第一部份是根據當時對病情複雜程度的理解，預計自己需要收取的醫生費；另一部份是估計病人需要使用醫院哪些服務，預算醫院要收費的費用。據業界消息所得，醫生費一般只佔整體開支 10%至 20%。然而，醫療情況複雜，往往難以準確預計，例如有業界人士透露，一個心臟支架手術預算費用可由 11 萬元至 20 萬元不等，有可能出現病人未能負擔的情況。

**4.4** 正因如此，有受訪的私家醫生認為，每名病人病情不同，「明

碼實價」收費並不容易，但由於沒有標價，因此惹來醫療收費「海鮮價」的批評。有受訪醫生認為，近年病人普遍會諮詢兩至三名醫生，「格價」後才作出決定，所以不存在透明度不足的問題。不過，病人不可能諮詢其他病人支付的金額，如果兩名病人向同一名醫生求診，而醫生是基於病人的財政能力而非病情的分別，再決定兩人的醫療收費，未免有不公平之嫌。

**4.5** 最明顯的例子，是保險病人與非保險病人的收費明顯不同，甚至經常出現醫生根據保險索償上限收費的情況。有受訪私家醫生亦坦言，向財政能力較高的病人收取較高的醫生費，就可以為財政能力較低的病人提供折扣，是一種「拉上補下」的做法，認為對病人並無壞處。不過，這反映了現時的收費安排，可讓醫生有空間任意訂價。

A 向一名私家醫生求診，獲建議到私家醫院接受詳細檢查。由於 A 有購買保險，於是隨即聯絡其保險經紀，接下來全程由保險經紀與醫生商討收費，A 直至結賬後，都沒有參與有關收費的討論。雖然 A 最終只需自行支付「墊低費（Co-payment）」，保險接近「全包」，但個案足以反映部份醫生按保險索償額收費的做法。

雖然這種做法受到不少質疑，但有受訪私家醫生表示，部份保險本身的索償機制不理想，醫生這樣做反而確保了病人最大利益。舉例說，有保單訂明醫生費的索償上限是 3 萬元，但手術室費用的上限並非列明金額，而是醫生費的三分之一。假設手術室費用為 1 萬元，如果醫生只收取 2 萬元醫生費，反而病人只可索償 6,600 多元，卻要自行支付 3,300 多元。因此，根據保單條款，醫生收取 3 萬元醫生費，對病人來說才是最有利的做法。

**4.6** 近年，越來越多醫院直接聘用醫生，醫院會向這些有直接僱傭關係的醫生支薪，處理病症也可獲得拆賬。由於醫院較易控制病症數目及拆賬安排等，達到「拉上補下」的目的，所以部份醫院已逐步推出套式收費，一般包括該項檢查或治療項目中大部份基本費用。在這種安排下，病人等同直接向私家醫院購買服務，再由醫院安排旗下醫生處理，醫院也就毋須再依賴醫生「帶客」。

**4.7** 套式收費的優點是「明碼實價」，令病人較容易作出預算，

但亦有其缺點。首先，醫院為確保不會蝕本，訂價一般會較高，例如在正常情況下，一項手術的費用是 1 萬元，但 10%病人會出現併發症，需要 10 萬元處理，醫院的套式收費就可能訂於 2 萬元，換言之，病人出現併發症而需要較高治療費用的風險，只是由其他病人攤分，而 90%病人都要支付較高金額。第二，醫院可以拒絕接收高風險病人，例如所有病人都收取 1 萬元手術費，但拒收 10%高風險病人，以免為這些病人包底。

## 二、難以判斷醫療質素

**4.8** 香港醫療質素享譽國際，相對國際水平而言，醫療事故數字極低。但在 2010 年，全港仍有 10 宗私家醫院須呈報的嚴重醫療事件，雖然其中 5 人死亡，公眾對事件的了解卻相當有限。

### 現行守則並無規定 私家醫院要向公眾 交代醫療事故

**4.9** 根據現行守則，私家醫院如果發生嚴重醫療事故，需要向衛生署呈報，但並無規定要向公眾交代；而衛生署會在其網頁上公布事故類別及宗數，卻不會發放涉事醫院及醫生名稱等資料，公布醫院事故機制較公立醫院更為不足。例如 2010 年 12 月，衛生署接獲一宗初生嬰兒猝死的呈報，但拒絕公布涉事醫院，而報章向可能涉事的私家醫院查詢，該院院長卻不置可否，並指指該類個案應由衛生署公布<sup>12</sup>。事實上，現時涉及私家醫院的醫療事故，往往是由病人家屬向傳媒投訴，公眾才獲知有關資訊，欠缺透明度。

**4.10** 香港暫時未有強制推行醫院評審制度，但在 2008 年 8 月，衛生署聯同食物及衛生局、醫院管理局及私家醫院聯會，成立醫院評審督導委員會，並於 2009 年推出醫院評審先導計劃，長遠目標是設立一套統一的醫院評審標準，以衡量各間醫院的表現。現時香港共有 5 間公立醫院及 5 間私營醫院，獲得由「澳洲醫療服務標準委員會（Australian Council on Healthcare Standards）」頒發的醫院認證（Hospital Accreditation）<sup>13</sup>。

**4.11** 另外，部份私家醫院也有進行臨床審核，例如病人手術後使用抗生素的情況等，可以反映手術後的感染比率。不過，這些可反映醫療質素的數據，現時毋須呈報衛生署或向公眾公開，只

<sup>12</sup> 東方日報（12/12/2010），《仁安初生嬰飲奶後猝死》。

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

是用於院方內部審核和檢討，例如一名掛單醫生的比率特別高，或反映其水平較低，院方可能將該名醫生列入「黑名單」，拒絕他/她預約醫院服務。可是，由於欠缺比較基礎，院方也難以了解與其他醫院之間，是否存在質素上的差異。

#### 病人缺乏選擇醫生 和醫院的資訊

**4.12** 私家醫院欠缺透明度，有兩個負面影響。首先，病人嚴重缺乏選擇醫生和醫院的資訊，往往依賴親友、甚至保險經紀介紹，但親友不太可能曾經接受多名同科醫生治療，故這些資訊往往只是涉及一名醫生的優劣，而非同一個專科多名醫生的比較，大多建基於主觀感受而非客觀數據。醫療不但關乎生命及健康，更可能涉及大筆費用，病人作為消費者，卻沒有足夠資訊作出合適的選擇，並非理想情況。

#### 沒有客觀數據作分 析比較，市民難以 作出理性判斷

**4.13** 第二，在沒有客觀數據的情況下，可能會混淆市民的視聽，影響理性判斷。如前文所述，現時市民獲取有關嚴重醫療事件的資訊，主要來自病人或其家屬投訴。假設傳媒報道，A 醫院有兩名孕婦分娩時死亡，B 醫院有一名，市民最簡單直接的理解，是 A 醫院質素較差。不過，如果 A 醫院的孕婦數目是 B 醫院 10 倍，則可能是 B 醫院質素較差；又或根據科學數據分析，3 宗死亡個案都是可以預期的分娩併發症，則可能兩間醫院的質素都沒有問題。由此可見，如果沒有客觀數據作分析比較，當發生醫療事故的時候，私家醫院反而處於更為被動的角色。

**4.14** 醫療質素也涉及檢查或治療方案的合理性。一般病人沒有足夠的專業知識，是否需要接受治療、以藥物或手術治療、選用哪一種藥物，大多完全相信醫生的專業判斷。不過，醫生同時是服務提供者，故其判斷亦涉及個人利益。有業界人士承認，現時少數醫院和醫生中，確實出現非必要檢查或治療的個案，雖然病人同意接受相關服務，但由於病人與醫生專業知識的不對等（Information Asymmetry），接受服務的決定，其實並非完全自由的選擇。

目前私營醫療市場經常出現「誘導需求」(Supplier-induced Demand)，亦即服務提供者爲了自身利益，利用知識和訊息的優勢，誘導消費者接受不必要的服務，在醫療市場中包括檢查和手術等服務。有受訪的業界人士指出，數年前一名老翁因病入住一間私家醫院，由 A 專科醫生爲他診治。A 專科醫生知悉老翁雖然沒有購買保險，卻有逾百萬餘元存款，他表示懷疑老翁有其他疾病，找來另外 3 名來自不同專科的醫生進行不同檢查，結果在三個月內花盡老翁積蓄。事件引起業內人士質疑，認爲 A 專科醫生與他找來的 3 名醫生份屬好友，卻難以指控數名專科醫生是否有不良意圖。由此可見，在大部份情況下，有關的醫療需求是否存在並非由消費者決定，而是由服務供應者、亦即醫生決定，很容易形成一般人難以判斷的誘導需求。

### 三、醫護人手比例過低

**4.15** 截至今年 6 月，本港有 11,733 正式註冊西醫，以本港約 709 萬人口計算，每千人口醫生比例是 1.65，換句話說，每名醫生要照顧約 606 名港人，反映醫生數目偏低。與世界衛生組織數據比較，2009 年英國每千人口有 2.74 名醫生，奧地利更高達 4.75，新加坡比例較低，但亦有 1.83。而經濟合作發展組織 (OECD) 歐洲 31 個成員國，2008 年平均每千人口醫生比例是 3.3，正正是香港現時的雙倍。回顧過去十年，本地醫科本科課程學生的人數變化不大，畢業生人數更下跌了 19% (表六)，據食物及衛生局推算，未來幾年的醫科畢業生人數將維持在 250-330 名，可見本地醫護人手在短期內不會顯著增加。

表六：2000/01 至 2009/10 年期間教資會資助醫科本科課程收生及畢業生人數

人數	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
畢業生	328	345	328	307	314	307	320	283	268	266

資料來源：大學教育資助委員會

私家醫院不斷向公立醫院「挖角」，影響長遠專科培訓和經驗傳承

**4.16** 近年私營醫療市場不斷擴充，但由於部份專科醫生整體人手不足，造成兩個負面影響。其一是私家醫院不斷向公立醫院「挖角」，導致照顧全港 9 成專科病人的公營醫療系統人手嚴重流失。醫管局資料顯示，2010 年醫生流失率達 5.4%，部份聯網如港島東，比率更高達 8.8%，而繼續留守公立醫院的醫生，工作量及壓力不合理地增加，部份人為改善工作環境而轉投私營市場，造成惡性循環，影響公營醫療系統質素<sup>14</sup>。而由於「挖角」對象，較多是有經驗的高層及中層醫生，對長遠專科培訓和經驗傳承，造成一定影響。

內地孕婦來港產子個案日增，婦產科出現不少「月球人」和「星球人」，也就是一個月、甚至一星期收入達一百萬元（所謂「一球」），吸引不少公立醫院婦產科醫生，紛紛轉投私營市場。部份醫生甚至安排「工廠式」接生，3 個小時為 5 名孕婦剖腹產子，以每個平均拆賬 2 萬元計算，一晝收入高達 10 萬元。

業界又指，最初離職的婦產科醫生，大多是具有一定經驗的中層醫生，但久而久之卻造成斷層，於是就連高層醫生，都要代替中層醫生通宵候召，部份人因不滿工作安排而離職，令工作環境更為惡劣。在人手嚴重不足的情況下，部份醫生剛完成 7 年婦產科專科訓練，即可升任副顧問醫生，有公立醫院婦產科主任更形容為「開定位求你升」。

醫生、護士及其他專職醫療人員不足，影響私家醫院質素

**4.17** 第二，人手不足也可能導致私家醫院質素下降。有報道指出<sup>15</sup>，去年 10 月一名內地孕婦到本港一間私家醫院產子，最終因羊水栓塞死亡，死因庭裁定孕婦死於自然，但裁判官陳碧橋裁判時指出，有專家提出仿效公立醫院的做法，設立緊急搶救隊機制，在院內安排 24 小時候召的駐院醫生，卻因私家醫院人手不足，數十年來均未能推行有關機制。至於專家建議應有深切治療部醫生駐院，裁判官認同建議理想，但現時私家醫院的情況與理想距離很遠，而有關問題牽涉整個業界，應交由政府部門或其他相關機構處理，可見人手不足有可能影響服務質素。

**4.18** 現時護士病人比例的國際標準，是 1:4-6，即是一名護士可

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

<sup>15</sup> 星島日報（24/12/2010），《內地產婦裁定死於自然 羊水栓塞奪命 官指醫生無失職》。

以照顧 4 至 6 名病人。但有報道指出<sup>16</sup>，本港部份私家醫院護士短缺，有醫院的內科病房，甚至要 1 名護士照顧 10 至 12 名病人，較國際標準高 1 倍，與公立醫院 1:12-14 的護士病人比例亦相差不遠，對服務質素有一定影響。私家醫院出現護士短缺，根源是整體人手不足，2010 年全港共有約 4 萬名註冊和登記護士，每千人口護士比例僅為 5.6，遠低於英國的 10.3 及美國的 9.8。

**4.19** 其他專職醫療人員，包括放射治療師、職業治療師及物理治療師，同樣出現人手短缺情況。理工大學是香港唯一提供上述本科課程的高等院校，有關學額卻相當有限，放射學、職業治療學及物理治療學於 2010 年的首年入學額，分別為 48 名、46 名及 70 名。以放射治療師為例，有報道引述私家醫院表示，現時理工大學每年培訓的放射治療師並不足以滿足市場需求，所以要招聘香港海外留學生回港工作<sup>17</sup>。有鑒於此，理工大學已逐步增加學額，2011 年錄取 48 名新生，2012 年更將增至 98 個。另一方面，理大亦將計劃將物理治療學士學位收生人數，由原先的約 70 人大幅增加至 110 人。當專職醫療人員不足，最大影響是病人輪候時間增加，違反了市民使用私營醫療服務的原意。

**4.20** 現時各類醫護人員整體人手均有不足，但從另一角度看，或可反映部份私家醫院無視人手限制，接收過多病人或開設過多服務，甚至不合理地擴充。不論是駐院或掛單醫生，私家醫院都可從病例中獲得分賬，也就是說，醫院和醫生的收入，均與病症數目成正比，所以兩者都有誘因增加服務量，但如果私家醫院未有自律，不設上限地接收病人，則有機會影響服務水平。

<sup>16</sup> 文匯報 (10/5/2010)，《私院擴張護士缺 1 人照料 10 病人》。

<sup>17</sup> 明報 (29/8/2011)，《養和置新治療系統 海外聘放射師》。

業界表示，本港一間私家醫院近年完成擴充工程，原本預留兩層予產科使用，但醫院當時未能聘得足夠人手，助產士更為短缺。在人手不足的情況下，醫院雖然可以按原定計劃繼續擴充，但就可能造成一名醫護人員照顧過多病人的情況，影響醫療質素。醫院因而選擇分階段擴充，當時只開放其中一層，變相為收症數目設立上限，而另一層則暫時空置，留待聘請足夠人手後再開放，以確保病人得到合理水平的醫療服務。

這種做法反映只要私家醫院自律，因應人手設定收症上限，即可避免病人的比例過高，減低服務質素下降的風險。



## 第五章 | 外國經驗參考

**5.1** 本港現時在私營醫療市場方面的規管過於寬鬆，但業界一般認為應透過市場機制，提高收費透明度、提升臨床審核，以及增加醫生人手，政府介入並非有效的解決方法。不過，參考海外的相關做法，發現不少國家早已就上述範疇作出一定程度規管，以保障病人權益，而這些措施只要安排得宜，業界也可得益，故多年來行之有效，本章節將會逐一檢視各國例子。

### 一、收費透明度

#### 新加坡

新加坡公私營醫院的收費需在網上公布

**5.2** 新加坡公私營醫院的收費，都要呈交衛生部門，再由衛生部門在網頁（[www.moh.gov.sg/mohcorp/billsize.aspx](http://www.moh.gov.sg/mohcorp/billsize.aspx)）上公布，透明度極高。這些收費全部以病症或手術，以及病房類別分類。部份病症例如哮喘，病例較為複雜，其收費項目甚至會分開列出「50歲以下哮喘」，以及「50歲以下哮喘並出現併發症」（表七）。

表七：新加坡政府衛生部網頁提供的醫院收費資訊

病人要比較不同醫院的收費，只需要在新加坡政府衛生部的網頁，選取要接受治療的項目，例如「60 歲或以上糖尿病」，再揀選病房類別，例如「B2」等級的病房，就會出現以下資料：

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

這些資料顯示：

1. 新加坡有 6 間醫院，提供 60 歲或以上糖尿病病人的治療。
2. 其中 5 間醫院提供 B2 病房治療。
3. 5 間醫院在指定時間治療的病例數目、平均住院日數以及收費。
4. 收費包括 50% 病人支付相等或少於列出金額，可作為一般收費預算；及 90% 病人支付相等或少於列出金額，可作為較高收費預算。

**5.3** 這些收費都是根據醫院在指定時間上報的實際收費計算，而為確保列出的資料具參考意義，少於 30 個病例的收費不會列出。公立醫院包括全部收費，私家醫院則可能因為未能取得醫生收費，所列的費用並不完整。

**新加坡的發牌制度  
要求醫院向病人提  
供詳盡預算收費資  
料**

**5.4** 根據新加坡的發牌制度要求，所有醫院必須向病人提供詳盡預算收費資料，確保病人可以獲得足夠資料作出決定。以住院病人為例，提供的資料必須包括預算醫院收費、醫生收費及醫療保險索償額等，資料必須以書面形式提供，住院期間亦要定時更新。如果主診醫生並非駐院醫生，醫院亦有責任確保有關醫生以書面形式向病人提供收費預算。

**5.5** 發牌制度也規定，醫院提供的醫療賬單，必須分開列出所有項目的收費，包括診金、手術、病房、手術室、檢查、藥物等全部項目，為病人提供充足的參考及比較基礎。

## 澳洲

**澳洲政府在網上列  
出所有醫療服務的  
標準收費**

**5.6** 澳洲政府透過 Medicare Benefits Schedule (MBS) 的網頁 ([www.health.gov.au/mbsonline](http://www.health.gov.au/mbsonline))，列出所有醫療服務的標準收費。政府會透過其全民醫療保險計劃 Medicare，為私營醫療系統入院病人，支付 75% 的標準收費，門診病人方面，Medicare 會支付 85% 標準收費，剩餘的 15% 至 25% 收費，則由病人的私營醫療保險支付。

**5.7** 如果醫生的收費較 MBS 標準收費為高，則醫生可以選擇透過與保險公司的協定，向保險公司收取費用，病人無須支付任何費用，否則就必須在病人接受任何治療前，先通知病人預計要支付的費用。病人在接受治療後，如果發現開支較原先協議的為高，可以向有關當局投訴。有研究指出，85% 私營醫療服務中的病人均毋須額外付費<sup>18</sup>。

**收費的知情同意是  
一項資訊，而非監  
管**

**5.8** 澳洲前衛生部長 Tony Abbott，在 2006 年一個會議上致辭時表示，有關收費的知情同意 (Informed Financial Consent) 是一項資訊，而非監管。政府接受醫生有權自訂他們認為公平的收費，但同時病人也有平等的權利，在接受任何治療前獲知預算的開支<sup>19</sup>。

**5.9** 但有人質疑法例未有規定醫生必須以書面形式通知病人收費，可能造成爭議。

<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-mediarel-yr2006-ta-abbs-p160506.htm?OpenDocument&yr=2006&mth=05>

## 二、醫療服務質素

### 美國

**5.10** 美國以私營醫療機構為主導，大部份國民都透過醫療保險支付醫療開支，但長者及殘疾人士，以及低收入人士及家庭，經審批後分別可透過 Medicare 及 Medicaid 獲得政府資助，款額由政府部門直接支付予醫療機構。現時 Medicare 及 Medicaid 兩個計劃，是美國醫療服務最大的「消費者」。

*美國提供財政誘因，要求醫療機構呈報質素指標*

**5.11** 為提高醫療服務質素，美國在 2003 年通過法案<sup>20</sup>，提供財政誘因，要求醫療機構呈報一系列的質素指標。呈報成功的醫療機構，在年度調整 Medicare 價格時可獲批加價；相反，如果呈報有問題，當局會在支付 Medicare 費用時，扣減 2% 金額作為懲罰。

**5.12** 以住院病人為例，2010 年共有 42 項指標，例如心臟病人在 30 日內再度入院的比率，以及肺炎病人抵達醫院至首次獲得抗生素治療的時間等。要求私營醫療機構呈報這些指標，除了令機構更注重服務質素外，當局更會在網頁 Hospital Compare ([hospitalcompare.hhs.gov](http://hospitalcompare.hhs.gov)) 公開部份透過計劃搜集的資料，方便病人在作出選擇前獲取更全面的資訊（表八）。

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

表八：美國 Hospital Compare 網頁

網頁 Hospital Compare 資料詳盡，在每次查詢中，消費者可在同一個州份內選擇最多三間醫院作比較。其中一項指標是臨床成效，包括心臟病及肺炎的死亡率和再入院率，但這些比率與病人原本身體狀況有關，例如如果本身有嚴重長期病患，心臟病發死亡率可能較高，並不一定反映醫院質素較差。網頁以「與美國整體比率相若」或「較美國整體比率差」、而非絕對數字作顯示，加上只包括 Medicare 病人，亦即長者及殘疾人士的數據，身體狀況差異較少，相信可以較有效反映相關情況。

	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，其他指標包括臨床處理，如門診病人心臟病發至獲得治療的時間，以至指定手術或疾病的臨床數據，甚至病人對醫療服務的感受，均可以作出比較。

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** 美國近年再推出一項名為 Premier Hospital Quality Incentive Demonstration 的試驗計劃，為醫療質素較高的醫療機構，包括醫院、醫療集團及私人執業醫生，提供財政上的獎勵。參與計劃的醫療機構同樣要呈報指定的質素指標，當局在支付 Medicare 費用時，達標的機構可獲較高金額，相反就會扣減 1%至 2%金額。如果成為區內表現最佳的機構，又或質素較對上一年改善，再可獲得額外財政獎勵。

**5.14** 當局指出，有關計劃有助提升醫療機構質素，但同時發現醫療機構即使沒有參與計劃，只要有透過 Hospital Compare 公開質素資料，其質素也有大幅改善。當局估計，只有 10%至 17%的醫療機構，其質素提升與試驗計劃所提供的財政誘因有直接關係<sup>21</sup>。目前試驗計劃仍然繼續進行。

## 澳洲

**5.15** 澳洲大部份醫療機構已經獲得 EQUIP 的醫院認證，此項認證由澳洲一個非牟利機構「澳洲醫療服務標準委員會 (Australian Council on Healthcare Standards)」提供，委員會會派出認證評審員，到醫院評估各項醫療程序及成效等。評審員初次評估後會提出意見，並建議醫院作出改善，之後再作評估，整個認證程序為期數年，可被視為醫院提升質素的過程。

**5.16** 有研究指出<sup>22</sup>，醫院認證早在 1970 年代已經出現，但至 1990 年代才普及。澳洲醫療機構參與認證的誘因提高，原因有二：一、澳洲私營醫療體系 80%病人，有接受私營醫療保險融資，而保險公司一般要求醫院通過認證，才會與有關醫院合作，也就是說，病人要到這些通過認證的醫院求診，才可獲保險公司賠償；二、即使醫院未有與保險公司合作，只要符合通過醫院認證等條件，其病人也可以獲得政府資助。

**5.17** 除卻昆士蘭外，澳洲其餘省份沒有訂立法例，直接要求所有私營醫院必須獲得證認<sup>23</sup>，但會提供財政誘因，因此目前大部份公私營醫療機構已自行取得認證，在醫療質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，研究同時指出<sup>24</sup>，醫院認證未有提供臨床成效數據，難以作為醫療質素的保證，而認證使用的指標過於空泛和簡單，甚至不足以作為整體臨床質素的標準。更重要的是，這些資料一般只供醫院內部使用，或與保險公司談判，而不是為消費者提供的資料，甚至有時連醫生也未能接觸到這些資料，欠缺透明度。因此，研究建議當局考慮措施，讓病人有效取得更多臨床數據資料。

**5.19** 另外，澳洲法例對私營醫院也有一定限制，以保障醫療質素。例如維多利亞州省的發牌制度，要求私營醫院必須符合最低護士病人比例，以及護士組合要求（Mix of Nursing Staff Requirements）等。

### 三、醫生人手安排

#### 新加坡

**5.20** 新加坡統計局最新資料顯示，2010年新加坡人口已超過500萬。根據世界衛生組織數據顯示<sup>25</sup>，在2009年，新加坡每千人口有1.83名醫生，以及5.90名護士，低於其他已發展國家。雖然新加坡人口較香港少，而其醫生人口比例略高於香港，但新加坡早年已致力增加醫生人手供應，包括近年陸續增加兩間醫學院，合共提供的學額較香港為多，並積極吸引海外醫生到當地執業。

**5.21** 2006年，當時的衛生部長 Khaw Boon Wan 在新加坡第二間醫學院的奠基晚宴上致辭時指出<sup>26</sup>，新加坡面對人口老化，加上發展醫療旅遊，相信醫療需求有增無減，如果沒有足夠的醫生及專科醫生，不但不能配合需求，更可能造成醫療開支上升，所以必須增加醫科學額，同時吸引海外醫生到新加坡執業，每年吸納130名海外醫生。

**5.22** 新加坡現有兩間醫學院，分別為 NUS Yong Loo Lin School of Medicine 及 Duke-NUS Medical School，前者提供醫科本科課程，

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

<sup>25</sup> 世界衛生組織 (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>

2010/11 學年共提供 260 個學額；後者提供的研究生課程，讓醫科外任何本科畢業生修讀，畢業後同樣可以執業，2012 年的目標是收取 56 名學生。另外，Nanyang Technological University 與英國 Imperial College London 合辦的新醫學院將於 2013 年起招生，預計初時會提供 50 個學額，長遠增加至 150 個。

*新加坡增加人手措施：增加學額、承認海外大學的學歷*

**5.23** 新加坡衛生部亦承認海外 28 個國家或地區、共 160 間大學的醫科學歷<sup>27</sup>，其中包括香港大學李嘉誠醫學院及香港中文大學醫學院，以及內地指定 8 間院校等。由於部份國家額外要求醫科畢業生，通過全國性考核才可執業，例如美國的 USMLE 考試或加拿大的 MCCQE，新加坡也要求這些國家的畢業生通過相關考核，獲取當地執業資格，才可到新加坡執業。

**5.24** 認可大學的醫科畢業生即使未曾實習，只需要獲得認可醫療機構聘用，即可申請臨時註冊，在新加坡實習。申請人毋須考試，但要提供大學成績作為參考，審批需時兩至三個星期。

**5.25** 如果申請人已完成實習，但未有專科資格，則可申請有條件註冊，同樣需時兩至三個星期審批。相關醫生首年必須在認可醫療機構工作，並接受評估，通過評估後才可到其他機構，包括私營醫院執業，兩至四年內可以獲得正式註冊。

**5.26** 專科醫生方面，現時新加坡有專責部門只審批 35 個專科，並承認部份海外專科培訓課程，相關醫生需提交完成專科培訓的證明文件，並在相關專科有最少三年經驗，即可申請有條件註冊，獲審批後可以自由執業，一至兩年內可獲正式註冊。

新加坡衛生部網頁首頁設有一個為海外醫學院畢業生提供註冊資訊的專項。進入相關專頁後，首先出現的是「在新加坡工作的十大理由」，包括當地政府推動醫療發展的長遠策略等，吸引海外專才，更有個案分享。其中一個個案，主角是一名在香港出生、13 歲時移居新西蘭，並於該國完成醫科培訓的女醫生。她沒有解釋為何選擇到新加坡工作，但就提及決定與「重回亞洲生活」有關，但如果她想回到土生土長的香港執業，為港人服務，在現行政策下恐怕就不那麼容易了。

<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名醫生及9.59名護士<sup>28</sup>。為增加人手供應，澳洲早於2000年已逐步增開醫學院，現時已有超過20間醫學院，提供本科或研究生醫科課程。醫科畢業生由2005年的1,300名，增加至2010年的2,100名，增幅超過60%<sup>29</sup>。

**5.28** 2006年起，部份國家的醫科畢業生亦可以轄免考試到澳洲執業。有研究指出<sup>30</sup>，澳洲政府制定有關措施主要有四個原因：一、有迫切需要透過增加醫生人手應付人口老化；二、女性醫生一般較早離職以照顧家庭；三、公眾對縮短輪候時間和提升醫療質素的要求提高；及四、偏遠地區醫生不足的問題越趨嚴重等。

**5.29** 一般而言，海外畢業生必須通過澳洲監管機構的筆試及臨床考試，但英國、加拿大、美國、新西蘭、愛爾蘭的醫科畢業生<sup>31</sup>在通過當地臨床培訓後，可以向澳洲監管機構申請有限度註冊，再經過一段時間的工作期間績效評估，即可取得正式註冊。

**5.30** 監管機構更會因應不同省份的醫療需求，控制普通科及不同專科醫生的流入。也就是說，其中一個省份欠缺心臟科專科醫生，就會輸入海外心臟科醫科醫生；而另一個省份專科醫生人手充足，但普通科醫生不足，該省份就會輸入普通科醫生。這種做法彈性較大，有效緩衝各個科目的人手安排。

**5.31** 有針對澳洲醫療體系的研究報告<sup>32</sup>指出，醫生人手供應對公私營醫療體系的成果及醫療收費都有著關鍵影響。報告指在1990年代，澳洲的醫學額由多間醫學院，根據專科醫生與人口比例制訂，對於海外專科醫生也有嚴格審核，限制醫生人手供應，一來確保醫生質素，二來亦可避免醫生人手過剩，造成「誘導需求」(Supplier-induced Demand)，即是醫生為確保收入，要求病人接受不必要的醫療或檢查服務等。

**5.32** 然而報告亦指出，當時有意見認為，部份醫學院過度限制

澳洲的監管機構會因應不同的醫療需求，控制普通科及不同專科醫生的流入

<sup>28</sup> 世界衛生組織 (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.

醫生供應，以增加醫生的議價能力及收入，有可能間接造成醫療價格上漲，甚至令自由市場失衡。正如上文提及，澳洲在 2000 年起，已透過增加醫學額及放寬海外醫生執業門檻，大幅增加醫生人手供應。

## 第六章 | 改善市場的建議

**6.1** 食物及衛生局正處理自願醫保計劃，預計最快 2015 年推行。當局期望透過自願醫保，將公營醫療系統提供專科門診及住院服務的比例，由 9 成降低至 8 成，即私營市場服務量，將會由 1 成上升至 2 成，增幅達到 1 倍。

**6.2** 為配合醫療市場的發展，政府計劃批出 4 幅土地，分別位於黃竹坑、將軍澳、大埔及東涌，發展私家醫院，預料可額外提供 2,000 張病床。這些私家醫院可以較低價格取得土地，但就必須遵守部份批地條件，當局現正擬定條件，初步可能包括限制產科病床佔整體病床的比例、必須有一定比例病床提供套式收費等。因此，相對現有的 13 間私家醫院，新醫院的限制可能較多。

**6.3** 有意見認為，只要引入新的私家醫院作為競爭者，市場就會自然調節，因此毋須改變現時的規管模式。不過，既然公立醫院在整個醫療系統中，已負起「安全網」的角色，私家醫院的定位應該是為較有能力的病人提供不同選擇，而要作出真正自由的選擇，病人需擁有合理地獲得資訊的權利。

**6.4** 如前文所述，現時私營醫療市場在收費和質素上的資訊皆不流通，而供求失衡則令私營市場的議價能力提高。因此，我們建議在收費、素質及人手上，作出一定規管，以保障病人權益，詳細建議如下。

### 一、私院提高收費透明度

**6.5** 私營醫療市場有兩個特點：一、病人（顧客）相信醫生（服務提供者）的專業判斷，接受他揀選的檢查或治療（服務或產品）；

二、而醫生（中介人）亦會向醫院（服務提供者）建議甚至施壓，引入新的儀器和藥物等（服務或產品），但使用這些儀器和藥物並為此付款的卻是病人（顧客）。由此可見，在私營醫療市場中，付款與選購服務的責任，在大部份情況下都是分開的。

**6.6** 由於缺乏專業知識，病人一般難以自行決定接受甚麼檢查或治療，醫生的專業意見最為重要，亦毋容質疑。不過，現時病人在整個「選購服務」的過程中，特別是財務安排上過於被動，所以應該加強病人的參與，其中最重要的就是增加收費透明度。

*當局可考慮要求私家醫院，在每年續牌時呈報過去一年的收費數據，並在網上發放*

**6.7** 當局可考慮要求私家醫院，在每年續牌時呈報過去一年的收費數據，並根據不同的病例組合，計算在各間醫院各類病症的平均收費，以及最高一成病人的收費。這些收費數據應在網上發放，讓公眾可隨時查閱，在選擇醫院、醫生以至服務時，有更多資料作為參考。例如病人要接受腸癌化療，各間醫院一般收費大約是多少，如果選擇最好的病房、醫生以及藥物，各間醫院最高收費大約是多少等。現時本港亦有少數醫院在網上公開參考價格，可見做法對於私家醫院並非不可行。

**6.8** 有意見認為，醫療市場既然是自由市場，就毋須公開收費，但這種說法並不恰當。不論是零售或服務業，大部份都是「明碼實價」，即使部份行業如的士業，收費方式雖難以做到明碼實價，但其計算收費方式卻會公開，而且在機場等地點，更會有顯示板指出到不同目的地的收費參考，為旅客提供更多消費資訊。因此，在網上公開平均及最高收費，只是為消費者提供資訊，而非為收費設定限制，並未有違背自由市場的原則。

*當局應確保病人在接受檢查或治療前，獲知醫院及醫生各種收費項目，以及整個檢查或治療所需的總金額*

**6.9** 另一方面，當局應規定醫院要採取措施，確保病人在接受任何檢查或治療前，獲知醫院及醫生各種收費項目，以及整個檢查或治療所需的總金額，並以書面記錄。在治療過程中，往往會出現預期以外的情況，包括各種併發症等，造成額外收費，院方及醫生應盡可能在治療前，告知病人處理併發症將造成的額外開支預算，並在治療過程中，定時以書面形式更新預算的總金額。

**6.10** 這種做法並非要強制醫院為治療費用設定上限，而是要與病人在財務安排上加強溝通，以確保病人作為消費者，在接受服務的任何一個階段，都可以清晰知道自己需為服務支付的金額，而非被動地為醫生選擇的服務結賬。

**6.11** 醫院賬單應詳列各項收費，包括診金、藥物以至消耗品，

一旦總金額較原定的預算大幅提高，醫生必須作出解釋，包括是否出現預料以外的情況以致需要額外服務、為何未能在過程中與病人溝通、額外服務是否在醫學上和財政上最合理的選擇等。當局亦應設立部門或法定機構，如果病人不滿意醫院和醫生的安排，可以作出投訴。

**6.12** 有私家醫生認為，醫院套式收費令私家醫生限制更大，也未能有效反映醫生在每項手術中的參與等，認為套式收費應該只包括醫院收費部份，醫生費用則另計。醫院和醫生套式收費是否分列，目前尚有探討的空間，但無論是否分開列出，最重要的是兩者的收費均是公開及透明，病人在接受任何服務前，可以獲得充足的資訊。

**6.13** 現時私家醫院不同等級病房，除了房價外，就連消耗品如棉花、租用手術室、以至醫生巡房，各種費用都有不同，這種收費安排，即使業界亦認為沒有合理解釋。雖然這種安排有改革的必要，但私營市場始終是自由市場，政府未必適宜在訂價上作出規管，例如強制不同等級病房，除房價外要劃一收費。不過，私家醫院亦應該作出檢討，採用更合理的收費機制，如果要沿用這種收費安排，則應確保病人在所有項目的收費上，同樣獲得充足資訊。

## 二、私院引入臨床審核制度

*當局應考慮引入臨床審核，其中部份成效指標更應向公眾公布*

**6.14** 現時本港多間醫院獲得的醫療認證，雖然有很高的參考價值，但在提供臨床數據資訊上，始終有一定限制。醫療涉及健康和生命，病人作為消費者，在選擇任何服務之前，應該有權利獲得最完善和詳盡的資訊，以作出適合的決定。因此，當局應考慮要求私家醫院，全面引入臨床審核（Clinical Audit），其中部份成效指標，更應向公眾公布。

**6.15** 當局可與醫科專科學院商討，為不同科目制定臨床成效指標，由醫院收集數據再呈報。以外科為例，手術中過量失血的比率、手術引致的肺動脈或深層靜脈栓塞、手術前後正確使用抗生素的比率、手術後在預期以外需要使用深切治療的比率，都可以顯示手術的成效，而且這些數據只需透過手術記錄和病歷中收集，而非由醫生自行申報，有助更客觀準確地反映醫療質素。揀選成效指標必須具代表性，可以有效反映整體狀況，以免過多數

據和指標造成混亂。

**6.16** 臨床成效指標可以協助私家醫院進行臨床審核。再以外科為例，假設手術後使用深切治療的比率，一直維持在 10%，但突然上升至 50%，顯示可能出現問題，醫院應該研究比率大幅上升的原因，可能是手術安排過密以致醫生疲勞過度、護士未有根據指引把手術室徹底消毒而造成病人感染等，再制定改善方案。因此，透過篩選和標示問題，並作出適當跟進，臨床審核可被視為醫院自我提升質素的方法。

**6.17** 當局也應該要求私家醫院，呈報臨床成效指標數據以作監管，在醫院未能妥善找出原因時提供協助。另外，近年各間醫院逐步增加駐院醫生的數目，但仍有不少私家醫生在不同醫院「掛單」。如果臨床成效指標只供醫院內部使用，則只能反映掛單醫生部份情況，未必能全面監察他們的臨床表現。因此，呈報這些數據，當局除可監察私家醫院外，亦可整合各間醫院的相關數據，以監察醫生的整體臨床表現。

**6.18** 另外，由於掛單醫生佔私營市場一定比例，所以不宜要求私家醫院必須符合指定的醫生病人比例。不過，如果醫院出現人手編配不當的情況，例如醫院其中一個專科，只有一名駐院醫生，醫院卻接收大批病人，該名醫生無法妥善處理所有病例，導致醫療質素下降，都可以透過審核臨床成效指標發現，並要求醫院改善。

**6.19** 當局應揀選部份重要的數據，以容易理解的方式向外公布，供病人參考。不過，直接公開數據或會引起誤會，例如甲醫院有 10%病人在手術後使用深切治療，乙醫院則有 15%的使用率，一般會認為甲醫院較佳，卻可能忽略臨床質素以外的因素，例如乙醫院一名醫生技術較好，願意進行較高危和複雜的病例，以致需要使用深切治療的比率較高。因此，在公布資訊時，可選擇「高於標準」、「達到標準」等較廣泛的字眼，避免造成誤會。

**6.20** 有意見認為，如果公開臨床成效指標，私家醫院有可能拒絕接收高危病人，將風險降至最低。不過，現時私家醫院亦較常處理普通病例，高危病人一般會由公立醫院負責。而美國衛生部門指出<sup>33</sup>，根據當地經驗，公開指標是令私家醫院提升質素的重大誘因，甚至較獎金等財政誘因更有效，但就未有提出證據顯示，

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

做法會令私家醫院拒收高危病人。

### 三、政府規劃整體醫生人手

**6.21** 全球發展國家都有人口老化的趨勢，整體醫療需求也有所增加。要迎合上升的醫療需求，提供及時、高質素及可負擔的醫療服務，醫療人手是否足夠，是其中一個決定性的因素，故不少國家早已制定長遠人手策略，包括增加醫科學額及引入海外醫生等。反觀本港現時的醫療人手政策趨向保守，長遠規劃有欠妥善，當局應考慮作出調整。

**6.22** 隨着人口老化，加上內地人來港求醫等，本港醫療服務需求預計會繼續增加。特首曾蔭權在 2011 年《施政報告》中提出，由 2012 年起的三個年度，增加 100 個醫科學士學額、40 個護士學額，及 146 個專職醫療人員學額。這些措施雖然有助補足現有的人手差距，但要應付未來的醫療需求，當局應以本地人口增長及年齡變化等，評估未來的醫療需求以推算人手需求，並以有關數據分階段增加醫學額，令本港每千人口醫生比例，逐步追上其他發展國家，令本港培訓的醫科人才合理地滿足醫療需求的水平。

**6.23** 當局指推算本地醫療需求並不困難，但就難以預估外來需求，而這種外來需求更受經濟環境影響，故較難作出預測。因此，當局也應該引入其他緩衝措施，包括考慮承認更多海外醫學院課程，讓醫生免試在本港公立醫院，以有限度註冊形式執業，工作一定年期後，由部門審核其工作表現，表現理想的再申請正式註冊。招聘海外醫生的安排應具有彈性，在本地醫生不足的情況下，針對性引入相關專科的人手，確保本地醫生的生計不會受影響。

**6.24** 現時醫院管理局聘請海外醫生的途徑，主要是在英國及澳洲刊登廣告，因為兩地都是以英聯邦制度培訓醫科生，與香港的制度相似。不過，若要吸引更多海外醫生，當局應與醫科專科學院等專業機構，審視海外醫學院的課程及畢業生質素，以醫學院為單位作出審批，而非整個國家任何醫學院的畢業生均合符資格，令申請人的質素較有保證。

**6.25** 有意見指出，如果豁免海外醫生考試，質素難有保證，但既然是課程質素較高的指定海外醫學院畢業，資歷未必較本港畢業生低，而且過往大部份本港醫生，都是在海外接受專科培訓，

*當局應考慮承認更多海外醫學院課程，讓醫生免試在本港公立醫院執業*

*以醫學院為單位作出審批，而非整個國家任何醫學院的畢業生均合符資格，令申請人的質素較有保證*

專業質素因此亦獲得肯定。另一個考慮是這些醫生未必全部懂得廣東話，與病人溝通或會出現障礙，故可以考慮加入廣東話作為招聘條件，而部份較少與病人直接溝通的專科，又或較常與其他醫生合作的專科，例如現時人手嚴重不足的麻醉科，則毋須加入此項條件。

**6.26** 病人一般會相信醫生的判斷，接受醫生建議的檢查和治療，而當醫生人手供於求時，少數醫生甚至有可能為確保個人收入穩定，而誘導病人接受不必要的檢查和治療。因此，當局在人手預測上，必須進行適切的研究，確保供求達致合理平衡。而海外醫生正可以作為緩衝，當整體醫療需求突然上升，可以即時作出回應，令人手安排策略更有彈性。

**6.27** 至於海外醫生會否影響本地醫生就業？有研究指出<sup>34</sup>，不少國家聘用海外醫生，其目的都是填補本地醫生空缺，一來較有彈性，二來海外醫生亦較願意接受一些本地醫生認為不理想的工作安排，包括通宵輪班和在偏遠地區工作。因此，只要安排理想，海外醫生可以即時舒緩人手不足之餘，亦不會對本地醫生的就業市場造成不合理的衝擊。

**6.28** 針對海外護士在港的註冊考試及格率低，如 2011 年初的及格率僅得 7.4%<sup>35</sup>，護士管理局相信與考生不熟悉香港醫療環境有關，當局正研究在特定條件下容許海外護士在港短期執業，包括工作時由註冊護士指導，有助海外護士熟習臨床環境，同時增加香港護士供應及選擇，整體做法與醫生「有限度註冊」相似。由於此舉不是「免試」，而是鼓勵「邊工作邊考試」，相信不會影響醫護人員的專業水平。

**6.29** 當局指規劃人手安排的另一個困難，是難以預測私營市場對醫生的需求，故當局可考慮要求私家醫院於每年續牌時提交未來 3 至 5 年的發展規劃，包括計劃加開的專科、擴充或縮減的服務等。當局可以相關數據作為基礎，估算私家醫院未來人手需求，並作出準備，例如提前 1 至 2 年聘請海外醫生，在公立醫院以有限度註冊執業，讓他們有充足時間適應本港工作環境，當私家醫院擴充服務導致公立醫院人手流失時，這些海外醫生已可獨立工作。

<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> 文匯報 (26/7/2011)，《擬放寬聘海外護士 邊做邊考試》。



**6.30** 私營醫療服務很大程度會受到經濟波動影響，整體經濟環境較好，私營市場也較蓬勃，反之亦然；由於業界難以準確預測未來經濟狀況，故在長遠規劃上有一定難度。因此，這些發展計劃不應是硬性規定，例如現時規劃 3 年後要擴充心臟科服務，加開 30 張病床，聘請 3 名具 10 年經驗的專科醫生，並非 3 年後就一定要全額完成，而是可以每年因應對市場不同預測作出調整，讓政府有關部門掌握更多資料，更有效地推算人手需求。

## 第七章 | 結語

**7.1** 本港的私營醫療系統，特別是私家醫院，相信在未来數年會繼續發展。私營市場長久以來都以「自由市場」作為盾牌，抗拒政府監管，部份私家醫院雖然自行參與醫療認證、發展套式收費等，但只屬少數例子。作為負責任的政府，當局不應只靠私家醫院「自律」，而應盡快建立一套完善的監管制度，保障市民獲得合理的醫療服務。

**7.2** 自願醫保計劃數年內就會推出，屆時保險公司在醫療系統中將擔當更重要的角色。不過，當局也應該監察保險公司，如果其議價能力過高，也可能出現問題。2006年傳媒報道<sup>36</sup>，有私家醫生投訴兩間保險公司，要求聯繫醫生限制轉介專科個案須低於10%、每個診症成本維持30元以下等，就是最佳例子。因此，當局亦應該確保保險公司、私家醫院及私家醫生三方面平衡發展，以達到互相制衡的效果，對病人才最為有利。

**7.3** 另外，醫保計劃如果較預期成功，私家醫院的需求較預期中更高，會否出現已購買醫療保險的市民，因未能預約私家醫院床位而被迫回流公立醫院？如果出現上述情況，應該如何處理？當局應該仔細研究，及早做好準備。如果未能保障病人能夠預約床位，醫保計劃就等同預繳費用卻未能取得服務的「團購」，損害消費者權益。

**7.4** 在推動私家醫院發展的同時，政府也不能忽略公營醫療系統。不論私家醫院發展再理想，醫院管理局轄下的41間公立醫院和醫療機構、48間專科門診及74間普通科門診，也要發揮作為香港市民安全網的功能，提供合理水平的醫療服務。

<sup>36</sup> 香港經濟日報（6/5/2006），《保栢 AIA 新約 疑違醫生守則》。

**7.5** 最後，自本港 3 間大學成立中醫藥學院後，每年約有 100 名中醫藥學士畢業，培訓了一批年輕的合資格中醫師。隨著中醫藥發展在本地日益成熟，當局可加強研究中醫與西醫的協作，為病人提供更多的治療選擇，全面保障市民健康。